

※採用希望日（免許所有者は必ず記入してください）

【平成 年 月 1日】

受験番号		交付年月日	平成	年	月	日
------	--	-------	----	---	---	---

小樽市看護職員採用試験受験申込書

写真(のり付け)  
縦 40mm  
横 35mm  
本人単身胸から  
上

小樽市看護職員採用試験を受験したいので、関係書類を添えて  
申し込みます。

平成 年 月 日

小樽市病院事業管理者 並木 昭義 様

申込者 (ふりがな)  
氏 名

印

【旧姓】  
(昭和・平成 年 月 日生) (性別 男 女)

最終学歴		平成	年	月	卒業見込
現住所	(郵便番号 - )	電話	( )	携帯	( )
連絡先	(郵便番号 - )	電話	( )		

【申込書の注意事項】

- 1 黒ボールペンで記入すること。
- 2 免許所有者は必ず採用希望日を記入すること。
- 3 「最終学歴」欄は、〇〇学部〇〇学科まで記入すること。
- 4 旧姓があれば、必ず記入すること。
- 5 「学歴」欄は、入学・卒業を必ず記入すること。
- 6 「免許」欄は、取得免許のすべてを記入すること。

【申込み時の注意事項】

- 1 免許証（看護師等）の写しを添付する際、婚姻等による氏名変更があるときは必ず免許の裏面もコピーすること（裏書のあるもの）。
- 2 受け付けた書類は、一切お返ししません。

受験番号

# 履 歴 書

## 学 歴

昭和・平成	年	月	中学校卒業
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	

## 職 歴 (住所等、必ず正確に記入すること)

昭和・平成	年	月	名 称
昭和・平成	年	月	所在地
昭和・平成	年	月	名 称
昭和・平成	年	月	所在地
昭和・平成	年	月	名 称
昭和・平成	年	月	所在地
昭和・平成	年	月	名 称
昭和・平成	年	月	所在地
昭和・平成	年	月	名 称
昭和・平成	年	月	所在地

## 免 許 (准看護師・看護師・助産師)

昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	

## 賞 罰

昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	



※ 漏れなく記入してください。

氏 名	
-----	--

8 本人の希望記入欄（勤務先等）

---

---

---

9 自宅（今後通勤すると見込まれる住居又は現住居）付近の略図を書いてください。

郵便番号（        —        ）

電話        （        ）

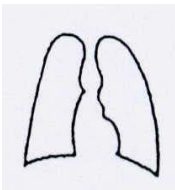
住 所

方

自宅付近の略図

# 身体検査書

(看護職員受験用)

氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日生満 歳	住所	
既往歴			
自覚症状		他覚症状	
身長	cm	体重	kg
視力	右 . ( . ) 左 . ( . )	尿検査	蛋白( ) 糖( ) ウロビリノーゲン( )
聴力	右 正常, 異常 左 正常, 異常	聴打診	
血圧	~ mmHg	その他	
X線所見	直接, 間接(100ミリ判) 所見あり, 所見なし		 平成 年 月 日撮影
総合所見	就業: 可 不可		
上記のとおり証明する 平成 年 月 日 医療機関名 医師 印			

(提出先)小樽市病院局経営管理部管理課

〒047-8550 小樽市若松1丁目2番1号

電話(代表) 0134(25)1211 内線385