

受験票

試験区分	看護教員 (未修得)
受験番号	※
試験会場	新庄市役所
ふりがな	
氏名	

申し込み時は切り離さないでください

試験日時

令和元年9月22日(日)  
 受付時間 午前9時00分  
 ~午前9時30分  
 着席時間 午前9時40分

注意事項

- 試験当日は、着席時間まで着席できるよう余裕をもって来てください。
- 持ち物は、この受験票・HBの鉛筆・消しゴム・上履きです。
- この受験票を持参しない場合は、いかなる理由であっても受験できません。

受付日付印

※
---

〒996-8501 新庄市沖の町10番37号

新庄市総務課

電話 0233-22-2111 内線212

1 令和元年度 新庄市職員採用試験受験申込書  
 ≪看護教員(未修得)≫

ふりがな				受験番号		※	
氏名	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	試験区分 看護教員 (未修得)	
現住所	〒 -		電話 - -		試験会場 新庄市役所		
合否連絡先	〒 -		電話 - -		写真欄		
保健師、助産師又は看護師免許の種類 有する免許状の□に、レ印をつけ、取得年月日を記入してください。							
<input type="checkbox"/> 保健師 (取得年月日(和暦) 年 月 日) <input type="checkbox"/> 助産師 (取得年月日(和暦) 年 月 日) <input type="checkbox"/> 看護師 (取得年月日(和暦) 年 月 日)							
学歴	学校名	専攻(学部・学科)	在学期間(和暦)	卒業・卒業見込等の別			
	(最終・現在)		年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 ____年 <input type="checkbox"/> 在学 <input type="checkbox"/> 中退			
保健師、助産師又は看護師としての職歴	勤務先	在職期間(和暦)		所在地(市町村まで)			
		年 月から 年 月まで					
		年 月から 年 月まで					
		年 月から 年 月まで					
		年 月から 年 月まで					
学校卒業後から現在までの職務経験通算期間(1ヶ月未満切り捨て)			年 月				
私は、新庄市職員採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は受験案内に掲げる受験資格をすべて満たしております。 また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。 令和元年 月 日 氏名(自筆) _____							
(注) 1. 該当する□に、レ印をつけてください。				※ 受験票交付処理欄			
本人		郵送		代理人			

写真欄

- ・申し込み前3ヶ月以内に撮影
- ・脱帽、上半身、正面向
- ・縦5cm、横4cm

はがれないよう全体に糊付けしてください。

年 月 撮影  
 受付日付印

※