

令和8年度 静岡市立静岡病院職員 採用選考受験申込書

【注】

記入にあたっては黒インクまたは黒ボールペンを用い、正確に書いてください。
 該当のない事項は「なし」と記入し、< >内については該当する項目を○印で
 囲んでください。

虚偽の記載をすると、採用される資格を失うことがあります。

※印は記入不要

写真貼付

2.5cm×3.5cm

正面・上半身・脱
 帽で提出日前3
 か月以内に撮影

※受験番号		※受験日 令和 8 年 4 月 日		受験職種 ＜ 助産師（経験者） ＞	
フリガナ 氏 名				昭和・平成 年 月 日 生 (歳) ※ 令和9年4月1日現在	
住 所	現住所			〒	
				TEL	
	合格通知等の送付先（上記と同じ場合は記入不要）			〒	
			TEL		
E-mail:			TEL（緊急時）		
学 歴	高 校		科	H・R	年 月 入学
				H・R	年 月 卒業
	短大・高専		学部	H・R	年 月 入学
	専門・大学・院		科	H・R	年 月 卒・卒見込
	短大・高専		学部	H・R	年 月 入学
	専門・大学・院		科	H・R	年 月 卒・卒見込
短大・高専		学部	H・R	年 月 入学	
専門・大学・院		科	H・R	年 月 卒・卒見込	
職 歴 アルバイト	勤務先、職務内容、期間				
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
資 格 免 許	資格等の名称、種類、取得年月日				
	看護師免許	H・R	年 月 日	取得	
	助産師免許	H・R	年 月 日	取得	
	保健師免許	H・R	年 月 日	取得	
	その他の資格等				
運転免許＜原付・普通・その他（ ）＞					

