

船橋市病院局職員採用試験受験申込書 -1-

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

希望する受験日程を○で囲み、合格した際に確実に勤務開始可能な月(採用希望月)を記載

| 試験区分 | A日程 6月18日試験 8月以降採用 | B日程 8月20日試験 10月以降採用 | C日程 10月15日試験 12月以降採用 | D日程 12月17日試験 2月以降採用 | E日程※ 3月4日試験 5月以降採用 |
|------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | ___月 1日 | ___月 1日 | ___月 1日 | ___月 1日 | ___月 1日 |

写 真

申込前3ヶ月以内に撮影した脱帽、上半身、正面、縦4cm、横3cmの写真全体にのりをつけて

※新卒未経験者は4/1採用可

| | | | |
|---|-------------------------------------|----------------|-------|
| ふりがな | | 生年月日 | 性別 |
| 氏 名 | 姓 _____ 名 _____ | 昭和・平成 年 月 日 | 男 ・ 女 |
| 現住所 | 〒 _____ 都 道 府 県 _____ 電話() - _____ | | |
| 連絡先 <small>※現住所と同じ場合、記入の必要はありません</small> | 〒 _____ 都 道 府 県 _____ 電話() - _____ | | |

看護師・助産師資格を取得するための養成機関について記入してください

| 学 歴 | 在学期間 | 学校名 | 学部名 | 学科名 | 卒業区分 | 所在地 |
|-----|----------------------|-----|-----|-----|------------|----------|
| | 平成 年 月から 平成 年 月まで | | 学部 | 学科 | 卒業 卒業見込 | 市区 町村 |

資格取得状況を記入してください

アンケートにご協力をお願いします。該当する項目に○で囲んでください。

| 資格・免許欄 | 資格免許名 ○で囲む | 取得(見込)年月 | ○で囲む |
|--------|---------------|---------------|-------------|
| | 看護師 助産師 | 平成 年 月 年 月 | 取得済 取得見込 |

船橋市立医療センターの職員採用試験の実施を何により知りましたか。

- ・広報ふなばしで
- ・船橋市のホームページで
- ・医療センターのホームページで
- ・合同就職説明会・イベントで
- ・ナース専科で
- ・日経看護ナビで
- ・マイナビで
- その他()で

私は、船橋市病院局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てある受験資格を全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。

平成 年 月 日

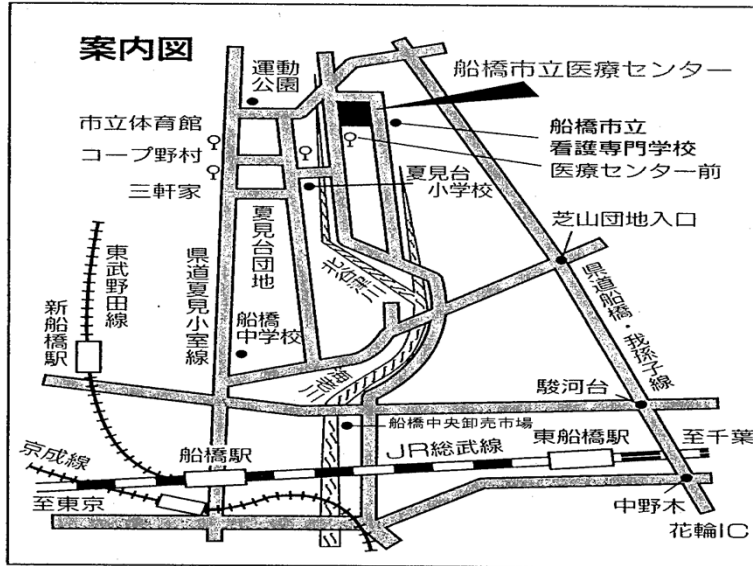
氏名 _____

(必ず自署してください)

注意: 記載事項に不正があると船橋市職員として採用される資格を失うことがあります。

※欄は記入しないでください。受験票も必ず記入してください。

船橋市病院局職員採用試験受験申込書 - 2 -



[交通]

JR船橋駅下車 北口バスターミナル5番6番より
医療センター経由に乗車、「医療センター前」下車
(所要時間約10分)

注意事項

- 1 受験票に記載された集合時間までに必ず着席できるように余裕を持って参集してください。
- 2 ます。
なお、会場には駐車場がありませんので、受験の際は公共交通機関を利用してください。
- 3 受験の際は、受験票、HBの鉛筆、消しゴム、時計、黒ボールペンを持参してください。
(携帯電話等を時計として使用することはできません)
- 4 試験会場の敷地・施設内は禁煙です。

----- 必要事項を記入して切り取り、受験申込時に提出すること -----

船橋市病院局職員採用試験受験票

希望する受験日程を○で囲み、合格した際に確実に勤務開始可能な月(採用希望月)を記載

| 試験区分 | A日程 6月18日試験 8月以降採用 | B日程 8月20日試験 10月以降採用 | C日程 10月15日試験 12月以降採用 | D日程 12月17日試験 2月以降採用 | E日程※ 3月4日試験 5月以降採用 |
|------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | ___月 1日 | ___月 1日 | ___月 1日 | ___月 1日 | ___月 1日 |

※新卒未経験者は4/1採用可

集合時間 各試験日の午前8時45分

集合場所 船橋市立医療センター C館4階401会議室

船橋市金杉1丁目21番1号

| 受験番号 | 氏名 |
|------|----|
| ※ | |

受験票の記入上の注意

- ・氏名を忘れずに記入してください。
- ・※欄は記入しないでください。

連絡先：船橋市立医療センター総務課 電話047-438-3321