

受験番号	※
------	---

※欄には記入しないでください

令和7年度
船橋市病院局職員 採用試験受験申込書-1-

写 真

申込前3ヶ月以内に撮影した脱帽、上半身、正面向、縦4cm、横3cmの写真を全体にのりをつけて貼ってください。

試験区分	看護師・助産師
	5月10日(土)実施

フリガナ			生年月日	年齢
氏 名	姓	名	昭和・平成 年 月 日	歳
現住所	〒 ー 都 道 府 県 携帯 ー ー 電話 ー ー			
e-mail(正確にご記入下さい)	フリガナ @			
連絡先 ※現住所と同じ場合、記入の必要はありません	〒 ー 都 道 府 県			

資格・免許の取得状況を記入してください。

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	昭和・平成・令和 年 月	取得済・取得見込
	助産師	昭和・平成・令和 年 月	取得済・取得見込

該当する項目を○で囲んでください。

船橋市立医療センターの職員採用試験の実施を何で知りましたか。

・医療センターのホームページ ・ナース専科
・合同就職説明会・イベント ・マイナビ看護学生
・その他()

看護師・助産師以外の認定・専門看護師等看護に関する資格・免許があれば記入してください。

資格・免許取得 年月日	資格・免許名称
昭和・平成・令和 年 月 日	
昭和・平成・令和 年 月 日	
昭和・平成・令和 年 月 日	

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。

令和 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。

運動公園

市立リハビリテーション病院

市立医療センター

市立看護専門学校

医療センター

夏見台小学校

海老川

芝山団地入口

東葉高速線

新船橋駅

船橋駅北口

船橋駅

京成船橋駅

京成線

市地方卸売市場

東船橋駅

JR総武線

中野木交差点

国道14号線

大神宮下駅入口交差点

花輪IC

駿河台

県道夏見・小室線

夏見台団地

288

8

14

至東京

至千葉

- 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下さい。
- 2 当院は上記の地図を参照して下さい。試験会場への案内は後日送付します。
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下さい。
- 3 受験の際は、受験票、HBのシャープペンシルまたは鉛筆、消しゴム、時計、黒ボールペンを持参して下さい。
(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。

試験区分	看護師・助産師
	5月10日(土)実施

受 験 番 号	氏 名
※	

※欄は記入しないでください。受験票の氏名欄は必ず記入してください。