

受 験 番 号	※
------------------	---

**令和8年度
船橋市病院局職員 採用試験受験申込書-1-**

写 真

※欄には記入しないでください

試 験 区 分	看護師・助産師
	4月25日(土)実施

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

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	〒	都 道 府 県 携帯	— — —	電話 — — —
e-mail(正確にご記入下さい)	フリガナ @			
連 絡 先	〒	都 道 府 県		
※現住所と同じ場合、記入の必要はありません				

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 <input type="radio"/> で囲む	取得(見込) 年月	<input type="radio"/> 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。

船橋市病院局職員採用試験受験申込書 -2-



注意事項

- 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。
- 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。
- 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)
- 試験会場の敷地・施設内は禁煙です。

----- キリトリ ----- 必要事項を記入し切り取り、下の用紙を受験申込時に提出ください ----- キリトリ -----

令和8年度 船橋市病院局職員採用試験受験票

試験区分	看護師・助産師
	4月25日(土)実施

集合時間：（詳細時間は別途通知します）

集合場所： 船橋市金杉1丁目21番1号 船橋市立医療センター（詳細場所は別途通知します）

連絡先： 船橋市立医療センター総務課人事給与係 電話047(438)3321

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。