別紙様式1

北九州市立病院機構
看護部長候補者採用試験　申込書兼履歴書

受験番号※記入しないでください。	試験区分
	看護部長

ふりがな				性別
氏名				□ 男 □ 女
生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日		年齢	歳

写真

申込前3か月以内に帽子をつけないで、ったもので、本人と確認できるものを、枠内に貼ること。
（タテ4cm×ヨコ3cm）

ふりがな		電話番号
現住所 （公称町名）	〒 （同居先：　　方）	
ふりがな		緊急連絡先
連絡先 （公称町名）	〒 ※現住所と同じ場合は記入する必要はありません。　（同居先：　　方）	連絡先名：
メールアドレス（ご連絡が可能なアドレスを必ずご記入ください。）		

学　歴　（高校以降の学歴を記載）

学校名・部科名	在学期間		
最　終	□ 昭和 □ 平成　年　月 ～ □ 令和	□ 昭和 □ 平成　年　月 □ 令和	□ 卒　業 □ 卒業見込 □ 中　退
その前	□ 昭和 □ 平成　年　月 ～ □ 令和	□ 昭和 □ 平成　年　月 □ 令和	□ 卒　業 □ 卒業見込 □ 中　退
その前	□ 昭和 □ 平成　年　月 ～ □ 令和	□ 昭和 □ 平成　年　月 □ 令和	□ 卒　業 □ 卒業見込 □ 中　退

北九州市立病院機構

2. 資格・自己PR等

看護師等免許	免許		免許証番号	取得年月日
			第　　号	年　月　日
			第　　号	年　月　日
その他職務に関係のある資格・免許	名　　称	取得年月日	名　　称	取得年月日
		年　月　日		年　月　日
		年　月　日		年　月　日
認定看護師認定資格	認定分野	取得年月日	認定証番号	有効期限
		年　月　日		年　月　日
		年　月　日		年　月　日
自己PR（看護業務を通じて、特筆すべき経験等について、ご記入下さい。）				

3. 職　歴 （看護師としての業務以外の業務、自営業・アルバイトも含みます。）

勤務先の名称（所在地の市町村名（北九州市の場合、区名））	雇用形態 勤務時間日数	職種 配属部署・従事内容	在職期間
現在（又は最終） （所在地:　　）			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで 在職中
（所在地:　　）			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで 在職中
（所在地:　　）			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで 在職中
（所在地:　　）			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで 在職中
（所在地:　　）			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで 在職中

※上から順に最近のものから記入してください。
※記入しきれない場合は、本書をコピーしたものに記入し、添付してください。
※在職中の場合は、従事した時期の下段「昭・平・令　年　月まで」を取消し線で消し、在職中を〇で囲ってください。

私は、北九州市立病院機構看護部長候補者採用試験の受験申込をしますが、当該募集要項の記載内容をすべて了承のうえ、同試験を受験したいので申込みます。

なお、試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしています。

また、この申込書の記載事項は事実に相違ありません。

年　　月　　日

氏名
（自筆）

記入上の注意

（1）　漏れなく、必ず黒のインク又はボールペン（消せるボールペンは不可）で記入してください。
※ＰＣなどで入力してもかまいません。

（2）　自筆と書かれた箇所は必ず、自筆で記入すること。（ＰＣなどで入力する場合は、印刷後に自筆で記入すること）

（3）　記入事項に虚偽または不正があると判明した場合は、受験資格または採用される資格を失うことがあります。

（4）　氏名、生年月日は、戸籍記載のとおり正確に記入してください。

（5）　申込書不備の場合は受付ません。写真を忘れないようにしてください。

北九州市立病院機構