受　験　申　込　書

長浜市病院事業職員選考委員会委員長　様

長浜市病院事業職員採用試験を受けたく、下記の書類を添えて申し込みます。
私は、長浜市病院事業職員採用試験公告に記載された欠格事項に該当しておりません。また、この申込書の記載事項に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

受験者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生 年 月 日　　昭和 ・ 平成　　年　　月　　日

現　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記

１．申込職種　　**看 護 師**

２．試験日時　　令和５年５月 20 日（土）または令和５年６月 10 日（土）の
午前９ 時 00 分（受付開始：午前８ 時 45 分）
※希望される試験日を〇で囲んでください。

３．自筆履歴書（指定用紙）　　１通

４．卒業（又は見込）証明書（免許保有者は不要）　　１通

５．成績証明書（免許保有者は不要）　　１通

６．看護師免許証の写し（取得見込みの者は不要）　　１通

７．６ヶ月以内に撮影した写真（縦 4.0cm×横 3.0cm）　　２枚（１枚は履歴書に貼付）
※ 上半身、脱帽、正面向きのもの

８．返信用封筒〔長形３号〕　　１通
※ 84 円切手を貼付し、宛先を明記したもの。