

## 地方独立行政法人岐阜県立多治見病院 職員採用試験申込書

### (履 歴 書)

(記入要領)	<p>1 記入にあたっては、インク（ボールペン可）で丁寧に記入し、□の中には該当記するものに✓印をつけてください。                  ◎の箇所は、すべて押印してください。                  2 数字はすべて算用数字を用いてください。                  3 現住所は地番まで詳しく記入してください。                  4 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。</p>	<p>1 試験区分</p> <p><input type="checkbox"/> 看護師</p> <p><input type="checkbox"/> 助産師</p>	写 真				
2 氏名（ふりがな）	3 生年月日・年齢	写真は申込前3月以内に帽子をつけないで、上半身正面向きを撮ったもので本人と確認できるものが必要です。  撮影年月日 年 月 日					
旧姓（ ）	昭和 年 月 日生 満 歳 平成 （ 年 月 日 現在） 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
4 現住所（ふりがな）							
〒							
電話 < > -							
携帯電話 - -							
5 学 歴 高等学校以上の学歴を最終学歴から順に書いてください。所在地は市町村まで書いてください。							
学 校 名	類 別	学 部 科 別	所 在 地	在 学 期 間	○でかこむ		
	全・定			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒 卒見込 年在 年中退		
	全・定			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒 卒見込 年在 年中退		
	全・定			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒 卒見込 年在 年中退		
	全・定			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒 卒見込 年在 年中退		
	全・定			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒 卒見込 年在 年中退		
6 次の質問に該当する、しないを答えてください。				7 特殊技能、検定資格免許その他特殊な技能を有する人は、その名称および取得年月日を書いてください。			
イ 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。） <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない							
ロ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない						免 許 種 類	取得年月日
ハ 岐阜県が設立する一般地方独立行政法人の職員として懲戒解雇の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない						.	.
ニ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない						.	.
				.	.		

