

平成30年度仙台市育休代替任期付職員（看護師）採用選考受験申込書

フリガナ			性別	国籍	※受験番号
氏名			男・女	1. 日本国籍 2. 外国籍（永住者又は特別永住者）	写真欄
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（満 歳 月）				次のような写真を裏全面にのりをつけてこの欄に貼ってください。 ・申込前の3か月以内の撮影 ・縦4cm、横3cm ・脱帽、上半身、正面向き ・写真の裏に氏名を書くこと
免許	看護師	昭和・平成 年 月 済・見込			
	助産師	昭和・平成 年 月 済・見込			
	准看護師	昭和・平成 年 月 済・見込			
□現住所	〒 —		電話番号	自宅 () —	
□現住所以外の連絡先	〒 —			携帯電話等 () —	
				緊急連絡先 連絡先名： () —	
学歴	学校名		学部・学科	在学期間	卒業・卒業見込等
	最終（現在）			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・（ ）学年 在学中 卒見・（ ）学年 中退
	その前			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・（ ）学年 中退
	その前			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・（ ）学年 中退
職歴	勤務先		勤務内容	所在地	在職期間
	最終（現在）				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで
	その前				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで
	その前				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで
志望動機					

仙台市立病院

氏名

学生時代やこれまでの職業生活において特に力を入れて取り組んだ事柄や成果をあげた事柄

性 格	長所
	短所

趣味・特技

検定・免許・資格（名称と取得（見込）年月）

あなたが考える地方公務員像

自己P R

採用希望日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

私は、仙台市職員採用選考案内の記載内容を了承のうえ、同選考を受験したいので申し込みます。
なお、私は、選考案内に掲げる受験資格をすべて満たしており、地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当しておりません。また、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

平成 年 月 日 氏名

注) 日付及び氏名は必ず自署してください。

(参考) 地方公務員法第16条（一部抜粋）

- ・成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む）
- ・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
- ・仙台市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- ・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

この申込書の記載事項は、職員採用選考、選考結果の分析、今後の効果的な募集活動の検討のために用いるものです。