

令和7年度 徳島市病院局会計年度任用職員申込書

申込区分	<input type="checkbox"/> 看護師(障害者対象) <input type="checkbox"/> 3交替 <input type="checkbox"/> 助産師(障害者対象) <input type="checkbox"/> 日勤のみ <input type="checkbox"/> 准看護師(障害者対象)		令和 年 月 日現在
勤務区分	<input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム		
ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日生 満 歳		平成
現住所	(携帯 - -) (自宅 - -) (〒 -)		
連絡先	(携帯 - -) (自宅 - -) (現住所と異なる場合のみ記入) (〒 -)		
学歴 (専門学校等を含め、最終の学歴とその前のものを記入してください)			
学校名 (学部・学科名)		在学期間 (和暦で記入)	修学区分
最終(現在)		年 月 ~ 年 月	卒業・卒業見込 在学中・中退
その前		年 月 ~ 年 月	卒業・中退
検定、資格、免許等			
名称		区分	取得 (見込) 年月日
看護師		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日
助産師		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日
准看護師		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日
電子カルテの 使用経験	<input type="checkbox"/> 使用経験あり <input type="checkbox"/> 使用経験なし		
志望の動機、自己PRなど			
.....			
.....			
.....			
.....			

(裏面にも記入欄があります)

職歴		<input type="checkbox"/> 有り（下記に詳細を記入してください） <input type="checkbox"/> 無し	
勤務先名	仕事内容	在職期間（和暦で記入）	
最終(現在)		年 月～	年 月
その前		年 月～	年 月
その前		年 月～	年 月
その前		年 月～	年 月
その前		年 月～	年 月
その前		年 月～	年 月
その前		年 月～	年 月
その前		年 月～	年 月
その前		年 月～	年 月
その前		年 月～	年 月
その前		年 月～	年 月

障害者手帳等記入欄			
種別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、又は指定医師等の診断書等	<input type="checkbox"/> 療育手帳、又は児童相談所等が発行した知的障害者の判定書	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
交付機関			
交付番号		第	号
交付年月日		年	月 日
障害名			
等級又は判定区分			
身体等の事情により、面接に際し、特に配慮が必要な方は右の欄に記入してください。（例：車いすの使用）			

私は、募集案内の記載内容を了承の上、徳島市会計年度任用職員の任用を申し込みます。

なお、私は、募集案内記載の申込資格を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しません。また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名（自筆）_____