

地方独立行政法人
山口県立病院機構 職員採用試験（助産師・看護師）受験申込書
（看護師等修学資金返還支援給付金対象者枠）

◎必ず申込者本人が記入してください。

【令和6年4月1日採用】

受験職種	助産師・看護師 ※受験する職種を○で囲んで下さい（1職種に限ります）				
ふりがな		性別			
氏名		男・女			
生年月日	年 月 日 (令和6年4月1日現在年齢 歳)				
受験職種に応じた免許	取得済(年 月 日取得) 取得見込 < 国家試験合格済(年 月 日取得見込) 国家試験(令和6年2月実施)受験予定				
現住所	郵便番号 ー	電話	ー ー		
		携帯電話	ー ー		
メールアドレス					
緊急連絡先(帰省先等)	郵便番号 ー	(現住所と同じ場合は、「同上」とすること。)	電話	ー ー	
学歴 [中学校卒業以降]	学校名	学部・学科等	所在地(区市町村まで)	在学期間	区分
	中学校			年 月	卒業
				年 月	入学
				年 月	卒業・卒見込・中退
				年 月	入学
				年 月	卒業・卒見込・中退
職歴	勤務先(部・課まで)	職務内容	所在地(区市町村まで)	在職期間	
				年 月から 年 月まで	
				年 月から 年 月まで	
				年 月から 年 月まで	
				年 月から 現在まで在職中	
私は、地方独立行政法人山口県立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は次の各号のいずれにも該当していません。 1 日本の国籍を有しない者で、就労可能な在留資格を有しない者 2 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 3 山口県立病院機構職員又は山口県職員として懲戒解雇又は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 4 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 また、この申込書の記載事項に相違ありません。 年 月 日(申込書記載日) 氏名(自署)					