



選考採用試験申込書

福井県

試験区分	看護師			平成 年 月 日現在		
ふりがな				性別	写 真 (30 mm×40 mm)	
氏名						
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)					
ふりがな				電話番号	()	
現住所 <small>※受験番号等の 通知を郵送す る住所を記入</small>	〒					
ふりがな				電話番号	()	
連絡先 <small>※連絡先が現住 所以外の場合 のみ記入</small>	〒					
メールアドレス						
年号	年	月	学 歴 (高等学校入学以後について新しいものから順に記載)			
			学 校 名	学 部 名	学 科 名	卒業・卒業見込等
		から まで				
		から まで				
		から まで				
		から まで				
年号	年	月	職 歴 (アルバイトまたは学校以外での実習その他を含む)			
			勤 務 先	職 務 内 容	正社員、正職員の場合〇	
		から まで				
		から まで				
		から まで				
		から まで				
		から まで				
		から まで				

※過去5年以内の医療機関等における職歴はすべて記入してください。

得意な科目 研究課題等	
クラブ活動 スポーツ・ 文化活動等	
自覚している 性 格	
趣 味	
特 資 技 格	
志 望 の 動 機	
備 考	
<p>私は、福井県職員選考採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は、次のいずれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項に相違はありません。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 成年被後見人または被保佐人（準禁治産者を含む。） 2 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでまたはその執行を受けることがなくなるまでの者 3 福井県において懲戒免職の処分を受け、処分の日から2年を経過しない者 4 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法また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、またはこれに加入した者 <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊟</p>	

【記入上の注意】 黒インクまたは青インク、楷書、算用数字を使用してください。
 なお、記載事項に不正があると、受験が無効になる場合があります。

勤務証明書

1 在職者氏名 _____

2 生年月日 昭和・平成 年 月 日

3 勤務医療機関名 _____

4 職種 看護師

5 在職期間 年 か月間
(平成 年 月 日から)

6 職務内容^{※1}

福井県知事 様

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

証明者^{※2}



※1 職務内容については、勤務している診療科、病棟・外来の別など、勤務している内容が分かるように記入してください。また、主任などの役職にある方については、その旨も記入してください。

※2 証明者は、勤務先の長（院長等）もしくは医療法人の長（理事長）としてください。