

# 庄原市立西城市民病院職員採用試験申込書

受験職種	看護師 ・ 准看護師
------	------------

該当する資格に○をしてください。

受付欄
受付番号

フリガナ		性別	※受験番号
氏名			
生年月日	昭和・平成                      年    月    日		年 齡 ( 満                      歳 ) 令和4年4月1日現在
フリガナ			
現住所	(〒                      )Tel(                      )                      -		
フリガナ			
連絡先	(〒                      )Tel(                      )                      -		

(連絡先は、現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)