

令和7年度 西臼杵医療センター職員採用試験受験申込書

履 歴 票

職 種 看護師 (A)		※受験番号	受験団体名 西臼杵広域行政 事務組合	
フリガナ		生年月日		
氏 名		昭 和 平 成 年 月 日生 (令和8年4月1日現在 満 歳)		
現住所（寮、下宿、アパート等の場合には、建物の名称、同居先等を都道府県から明確に記入。） (〒) (TEL) (携帯)				
連絡先（現住所と同じ場合には記入不要。） (〒) (TEL) (携帯)				

◎ 免 許 ・ 資 格 （資格・試験の必要な試験申込者は必ず記入）

取得（見込み）年月日			資格・免許の名称
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	

※ 受付印

※印欄は、記入不要。

(裏 面)

◎ 学 歴 ・ 職 歴 （中学卒業から記入）

[illegible]

○ 受験の際の要望事項

--

○ 西臼杵医療センターを志望した動機及び自己PR

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

- (1) 記載事項に不正があると、公務員として採用される資格を失うことがあります。
- (2) ※印欄以外は、各票とももれなく記入して下さい。
- (3) 記入は、黒のボールペンを使用し、かい書ではっきり書いて下さい。
数字は、算用数字を用いて下さい。
- (4) 資格・免許が必要な試験は、その資格・免許が取得できない場合は採用されません。
- (5) 「受験の際の要望事項」欄には、「車いす使用のため段差の解消を希望」など、
受験に際して要望のある場合にその内容を記入してください。
- (6) 受験票は受付締切後送付します。

写真票

令和7年度 西臼杵医療センター職員採用試験

職種	
看護師	
(A)	
受験団体名 西臼杵広域行政 事務組合	※受験番号
フリガナ	
氏名	

- 2 試験会場
高千穂町国民健康保険病院（会議室）
宮崎県西臼杵郡高千穂町大字三田井4 3 5 番地1

※確認欄

(写真例)

- ・申込前3箇月以内に撮影したもの
- ・写真の裏に氏名を記入。
- ・脱帽、正面向きのもの

令和 年 月 撮影

1
2
3
4

切手は、当
センターが
負担します

郵便はがき

--	--	--	--	--	--	--

都道
府県

市町
郡村

様方

(氏名)

様

(上記に郵便番号、住所、氏名を記入して下さい。合格通知書
等も上記宛てに送付します。)

~~~~~受験の心得~~~~~

- 1 試験当日は必ず12時30分までに試験場に来て、受付で「受験者の  
みなさまへ」を入手してください。遅刻者は原則として受験でき  
ません。
- 2 受験の際は必ずこの受験票、筆記用具を持参してください。受験  
票を持参しなかった受験者は、受験をお断りします。
- 3 受験票を汚したり、折り曲げたりしないでください。
- 4 携帯電話を時計代わりに使用することはできません。
- 5 敷地内は全面禁煙です。
- 6 感染症対策を心掛け、試験当日はマスクの着用をお願いします。

※不正行為者は直ちに退場を命じます。  
※担当係員の指示をよく聞いて行動して下さい。