

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 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 (令和8年4月1日現在 満 歳)	
氏名	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	

※印欄は、記入不要。

※受付印

(裏面)

◎ 学歴・職歴 (中学卒業から記入)

○ 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

【注意事項】

- (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。

受 験 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)		※受験番号
受験団体名 西臼杵広域行政 事務組合	生年月日 昭和 平成 年 月 日生 令和8年4月1日現在 滿 歳	
フリガナ		
氏名		

1 試験日

令和 8年 2月26日(木) 受付開始 12:30
受験開始 13:10

2 試験会場

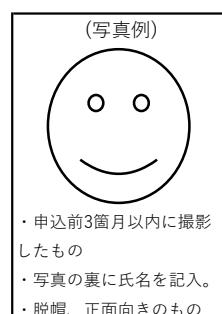
高千穂町国民健康保険病院（会議室）
宮崎県西臼杵郡高千穂町大字三田井 4 3 5 番地 1

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	

尺寸 4.0cm × ヨコ3.0cm



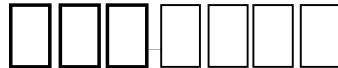
令和 年 月撮影

※確認欄

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
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～～～～～

- 試験当日は必ず8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。
- 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。
- 受験票を汚したり、折り曲げたりしないでください。
- 携帯電話を時計代わりに使用することはできません。
- 敷地内は全面禁煙です。
- 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。