

平塚市看護師等奨学生試験受験申込書

※受験番号		※受付印		(提出先) 平塚市病院事業管理者 年 月 日提出		(写真貼付欄) ・ 申込日 6 か月以内 に撮影したもの ・ 縦 4 cm 横 3 cm ・ 写真の裏面に氏名 を記入すること	
ふりがな							
氏 名							
生年月日 平 成 年 月 日						年齢 歳	
現住所(〒 -) 電話 () 携帯電話 ()							
メールアドレス							
連絡先(〒 -) 電話 ()							
(上記の住所と同じ時は記入の必要はありません。)							
学歴 中学校から記入	学校名		学部・学科		修学期間		○で囲む
	中学校			年 月から 年 月まで		卒	
				年 月から 年 月まで		卒、中退 卒業見込み	
				年 月から 年 月まで		卒、中退 卒業見込み	
				年 月から 年 月まで		卒、中退 卒業見込み	
				年 月から 年 月まで		卒、中退 卒業見込み	
				年 月から 年 月まで		卒、中退 卒業見込み	
職歴	勤務先名称(アルバイトを含む)		職務内容		在職期間		退職理由
					年 月から 年 月まで		
					年 月から 年 月まで		
					年 月から 年 月まで		
資格免許	名称		取得(見込)月日		名称		取得(見込)月日