

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4cm 横3cm ・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	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

※受験番号、受付日の欄には何も記入しないでください。
 ※生年月日、修学期間、在職期間、資格取得年月は和暦で記入してください。