

(出願票様式)

出 願 票

写真を貼る位置

- 1 縦 35～40mm
横 24～30mm
- 2 本人単身胸から上
- 3 裏面のりづけ

私は、令和2年度(2020年度)滋賀県看護師採用選考を受験したいので申し込みます。

なお、私は、次のいずれにも該当いたしておりません。また、この出願票の記載事項に相違ありません。

- (1) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでまたはその執行を受けることがなくなるまでの者
- (2) 滋賀県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- (3) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法またはその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、またはこれに加入した者

ふりがな				性別	
氏名					
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日生	
住所	郵便番号	—			
電話	—		—		
看護師免許	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月取得(見込)		
学校名 ※1	学科名		卒業(見込)年月		
			昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月
採用時勤務先希望順位 ※2	第1希望		第2希望		

※1 学校名等は、看護師免許取得見込の方のみ看護師国家試験の受験資格を得られる学校の学歴を記入してください。

※2 採用時勤務先希望順位は、総合病院または小児保健医療センターから選択してください。

注 氏名欄は必ず自署してください。

注 生年月日、免許取得年月および卒業年月については、年号を ○印 で囲んでください。