

北海道職員採用選考（助産師（再採用））申込書 （1 / 2）

年 月 日現在

※写真を貼ってください  1 縦 36-40mm 横 24-30mm  2 胸上無背景	試験職種	希望試験日及び会場	氏名
	助産師 (再採用)	試験日 年 月 日  会場  ※希望する試験日 及び試験会場を記載	(ふりがな)
現住所 〒 -			性別 (※任意記載)
電話番号 自宅・携帯 ( )			生年月日
連絡先 (帰省先等上記以外に連絡先がある場合は記入してください)			年 月 日
電話番号 自宅・携帯 ( )			( 歳)

■ 道職員の退職年月日・退職事由

(退職年月日) 年 月 日	(退職事由)
------------------	--------

■ 経歴・職歴 (道職員退職後の経歴を空白期間が生じないように記入してください。無職の場合は無職と記入)

学校名・勤務先名等	学部・職務内容等	始 期	終期 (見込)
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日

年	月	免許・取得	〈趣味、特技、好きな学科〉		
			扶養家族数 (配偶者除く)  人	配偶者  有 ・ 無	配偶者の扶養義務  有 ・ 無
〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉					

< A 4 サイズ : 片面で印刷すること >

試験職種	希望試験日及び会場	氏名
助産師 (再採用)	試験日 年 月 日 会場	(ふりがな)

■ 志望理由

■ 自己PR

■ 採用箇所に関する希望について

希望する採用箇所を次の①又は②から選択し、番号を回答欄に記入してください。

なお、希望する採用箇所の回答が、選考の合否に影響することはありません。

採用予定箇所	
① 江 差 病 院 (江差町)	② 子ども総合医療・療育センター (札幌市)

番号回答欄→

第1希望	第2希望

※ 第2希望での採用を希望しない場合は、第2希望の欄は空欄としてください。

※ 採用にあたっては、必ずしも希望する採用箇所とならない場合もあります。

※ 合格通知後、合格者に対して採用意向確認等を行いますが、指定した採用箇所を辞退した場合は、採用されません。