

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	希望試験会場	氏名
	助産師（再採用）	試験希望日	(ふりがな)
			性別 <small>(※記載は任意です。未記載とすることも可能です。)</small>
現住所 〒 -	生年月日		
電話番号 自宅・携帯 ()	昭和・平成		
連絡先 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	年 月 日 (歳)		
電話番号 自宅・携帯 ()			

■ 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 (中学校卒業後の経歴等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(部署名まで)等	(職歴の場合) 役職・職名	学部・職務内容等 <small>(役付きの場合は、部下の人数も記載すること)</small>	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〉

〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉

試験職種	希望試験会場	氏名
助産師（再採用）		(ふりがな)

■ 志望理由

■ 自己PR

■ 配属先に関する希望について

希望する病院を次の中から選択し、以下の番号記入欄に番号を記入してください。

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)
--------------	------------------------

番号記入欄→

第1希望	第2希望

※配属を希望する病院の回答が、選考の合否に影響することはありません。

※採用にあたっては、必ずしも希望する病院に配属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、指定した病院を辞退した場合は、採用されないことがあります。