



免許・資格	免許・資格名	取得年月	取得区分 ※いずれかの□に×印をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師	年      月	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
		年      月	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
		年      月	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
		年      月	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
		年      月	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込

応募動機、就職して取り組みたいこと

自己PR

趣味・特技

本人希望記入欄(職務にあたり配慮してほしい事項等自由にご記入ください。)

【合格の場合】(いずれかの□に×印を付けてください。) ※看護師の令和2年度中途の正規採用はありません。

看護師	令和3年3月31日までの間、 有期職員としての勤務を希望	<input type="checkbox"/> 希望します(    月    日以降) <input type="checkbox"/> 希望しません
薬剤師	採用可能日	<input type="checkbox"/> 令和2年9月1日から可能 <input type="checkbox"/> その他(令和    年    月    日) から可能

【不合格の場合】(いずれかの□に×印を付けてください。)

有期職員としての採用の希望	<input type="checkbox"/> 希望します(    月    日以降) <input type="checkbox"/> 希望しません
---------------	--

私は、地方独立行政法人福岡市立病院機構の職員採用に係る申し込みをしますが、この申込書の記載事項に相違ありません。

年      月      日      氏名(自筆)

\_\_\_\_\_

(裏面)