

沼津市看護師等修学資金貸与制度 履歴書

受験番号

フリガナ	希望職種
氏名	
性別 ※任意 ()	
※年齢は、令和7年4月1日現在で記入してください。	
昭和・平成	年 月 日生 (満 歳)

写真貼付
タテ4cm×ヨコ3cm
正面、上半身、脱帽で
提出日前3ヶ月以内に
撮影したもの
※写真の裏面に
住所、氏名を
記入してください。

フリガナ
連絡先住所（受験票・合否通知等送付先住所）
〒
Tel（携帯可） ()

フリガナ
第2連絡先住所
〒
Tel（携帯可） ()

※高等学校からのすべての学歴と職歴を記入してください。

学校名 / 会社名	学部・学科・専攻 / 職種・業務内容	在 学 期 間
		年 月 入学 ・入社 年 月 卒業（予定）・退社
		年 月 入学 ・入社 年 月 卒業（予定）・退社
		年 月 入学 ・入社 年 月 卒業（予定）・退社
		年 月 入学 ・入社 年 月 卒業（予定）・退社
		年 月 入学 ・入社 年 月 卒業（予定）・退社
		年 月 入学 ・入社 年 月 卒業（予定）・退社
		年 月 入学 ・入社 年 月 卒業（予定）・退社
		年 月 入学 ・入社 年 月 卒業（予定）・退社
		年 月 入学 ・入社 年 月 卒業（予定）・退社
		年 月 入学 ・入社 年 月 卒業（予定）・退社

次の質問について該当の有無を答えてください。

ア 現在、看護師・助産師の養成施設に在学中で	ある	ない
イ 養成施設を卒業後、直ちに沼津市立病院で常勤の看護師として勤務する意思を有する者で	ある	ない
ウ 看護師等の養成を目的とする他の修学資金の貸与を受けていない者で	ある	ない
エ 成年被後見人又は被保佐人で	ある	ない
オ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者で	ある	ない
カ 当市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者で	ある	ない
キ その他地方公務員法第16条の規定に該当する者で	ある	ない

沼津市長様
私は、沼津市看護師等修学資金を貸与願いたく、志願します。
なお、上記の記載事項はすべて真実であり、申請資格を満たしています。
令和 年 月 日 ※承認日付を記入してください（記入のないものは、申請資格を付与しません。）。

- ・黒インク又は黒ボールペンを用い、数字は算用数字にて正確に記入してください。
- ・連絡先住所欄は、沼津市立病院 病院管理課から連絡する場合がありますので、確実に連絡のとれる連絡先を記入してください。
- ・記入漏れがある場合は、一切受付できません（郵便番号、フリガナ、学歴の学部等は正確に記入してください。）。