

伊勢崎市(伊勢崎市民病院)  
臨時・非常勤職員採用試験申込書

写真

・3ヶ月以内に撮影のもの  
・上半身 無帽 正面  
・縦4cm 横3cm

(記入心得) 次の各項目にはっきり答えてください。記入は青か黒インク でていねい書き、質問の該当する□の中にレ印をつけてく ださい。数字は算用数字を使用してください。 ※印のところは記入しないでください。 記載事項に不正があるときは採用される資格を失うことがあ りますから特に注意してください。		※受付年月日		
		1. 受験職種	※受験番号 —	
ふりがな	性別	生年月日		
2. 氏名	男・女	昭和 平成	年 月 日生	( )歳
ふりがな	電話番号			
3. 現住所 〒( — )	— —			
	携帯電話 — —			
ふりがな	電話番号			
4. 連絡先住所(現住所以外に連絡を希望する場合のみ) 〒( — )	— —			
5. 学歴(高校から記入してください。)				
学 校 名	学部科名	修学期間	年 数	○で囲む
		年 月	年	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月	年	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月	年	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月	年	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月	年	中退 修了 卒業 卒業見込
6. アルバイト以外の職務上の経験について書いてください。 □就職なし				
期 間	年 数	勤務先(部課まで)	職務内容	退職理由
年 月 ~ 年 月	年 月			
年 月 ~ 年 月	年 月			
年 月 ~ 年 月	年 月			
年 月 ~ 年 月	年 月			
年 月 ~ 年 月	年 月			

7. 免許・資格等を有する人は記入してください。

資格等名称	免許等の記号番号	取得(合格)年月日
		・
		・
		・
		・
		・

8. 志望の理由


9. 本人希望記入欄(特に希望などがあれば記入)


10. 扶養家族数(配偶者を除く) <input type="checkbox"/> 有 人 <input type="checkbox"/> 無	配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	11. 健康状態	
---	---	----------	--

12. 趣味 ・スポーツ		13. 特 技	
-----------------	--	---------	--

上に記載した事項は事実に相違なく、地方公務員法第16条に該当しないことを誓います。

平成 年 月 日

氏 名

印