

伊勢崎市(伊勢崎市民病院)
職員採用試験申込書(※看護師以外)

平成 年 月 日 現在

写真添付

・3ヶ月以内に撮影のもの
・上半身 無帽 正面
・縦4cm 横3cm

(記入上の注意) 黒インクか黒ボールペンで自書してください。また、数字は算用数字を使用し、該当する□の中にレ印をつけてください。 ※印の欄は記入しないでください。 記載事項に不正があると採用資格を失うことがあります。		※受付年月日		
		1. 受験職種 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 診療情報管理士 <input type="checkbox"/> 技師(電気)		
		※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(アパートの名称、棟、部屋番号まで記入) 〒 —	— —			
	携帯電話			
	— —			
ふりがな	電話番号			
4. 連絡先住所(上記の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 月	年 月	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月～ 年 月	年 月	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月～ 年 月	年 月	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月～ 年 月	年 月	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月～ 年 月	年 月	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記入してください。 □就職なし				
勤務先(部課まで)	職務内容	期間	年数	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	
		年 月～ 年 月	年 月	

(表面)

7. 免許・資格等を有する人は記入してください。(自動車運転免許等を含む。)

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. 自分の長所または自己紹介

10. 趣味・スポーツ

11. 特技

--	--

12. 得意な科目・分野

13. 健康状態

--	--

私は日本国籍を有するとともに、地方公務員法第16条の規定に該当しておりません。
また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

平成 年 月 日

氏名(自署)

印

(裏面)