

平成30年度 第2回留萌市立病院職員採用試験申込書

- ・記入は黒のサインペン又はボールペンを使用して、自筆で丁寧に記入してください。
- ・□の欄は、該当する箇所にレ印を付けてください。

区分	社会福祉士	※ 受験番号（記入不要）
----	-------	--------------

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	写真貼付位置 縦4cm. 横3cm. の 最近3ヶ月以内に 撮影した無帽、正 面、上半身写真 ※写真裏面に氏名 記入
氏名						
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	平成31年4月1日現在 満 歳	
現住所	〒 - 電話 - - 番					
連絡先	(帰省先等現住所以外に連絡先がある場合は記入してください。)				<input type="checkbox"/> 合格通知の送り先希望	
	〒 - 電話 - - 番					
学歴（高等学校以降の学歴について記入してください。）						
学 校 名	学 部	学 科	在学期間		修学区分	
高等学校			平成 年 月 (卒業年月のみ記入)		卒 業	
			平成 年 月から 平成 年 月まで		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 修了見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			平成 年 月から 平成 年 月まで		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 修了見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			平成 年 月から 平成 年 月まで		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 修了見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			平成 年 月から 平成 年 月まで		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 修了見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			平成 年 月から 平成 年 月まで		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 修了見込 <input type="checkbox"/> 中退	

職歴 ・ 今までの一切の勤務上の経歴及び無職の期間を順に記入してください。（自営業及び卒業後のアルバイトを含みます。）
 ・ 無職の期間がある場合は、「職務内容」欄に「無職」と記入してください。

勤務先	所在地	職務内容	在職又は無職期間
			平成 年 月から 平成 年 月まで
			平成 年 月から 平成 年 月まで
			平成 年 月から 平成 年 月まで
			平成 年 月から 平成 年 月まで
			平成 年 月から 平成 年 月まで
			平成 年 月から 平成 年 月まで
			平成 年 月から 平成 年 月まで

免許・資格（取得見込も記入してください。）

名称・種別	取得(見込)年月	名称・種別	取得(見込)年月
	.		.
	.		.
	.		.
	.		.

今年度の留萌市立病院以外の採用試験の受験状況（今後の予定も記入してください。）

実施年月	試験名	結果
.		<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 未定
.		<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 未定
.		<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 未定

趣味

特技

本院を志望した動機

平成30年度留萌市立病院職員採用試験を受験したいので申し込みます。

私は、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しておらず、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏名

（自筆による署名）

※学歴、職歴、免許・資格等で記入欄が不足する場合は、コピー又は任意の書式に記入のうえ添付してください。