

受験番号
記入しないこと

留萌市立病院職員採用試験申込書

写
たて 4.5cm
よこ 3.5cm
真

私は、平成24年9月1日採用予定の留萌市立病院職員採用試験に
応募したいので、関係書類を添えて申し込みます。
※受験希望の職種を○で囲んでください。
(理学療法士・作業療法士)

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名(自筆) _____ (印)

(平成 年 月撮影)

履 歴

ふりがな 氏 名	旧 姓 (昭・平 年 月 日改姓)		職種		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	性別 : 男 ・ 女			
本 籍	(戸籍筆頭者氏名)				
住 所	〒 _____ (同居先 方) (電話 _____ 番)				
学歴学校名	在学期間	卒業・卒業見込等の別	免許資格等		
			種 別	取得年月日	登録番号
	年 月 ~ 年 月	(学年) 修了・中退 卒業見込・卒業		昭和・平成 ・	
その前	年 月 ~ 年 月	(学年) 修了・中退 卒業見込・卒業		昭和・平成 ・	
その前	年 月 ~ 年 月	(学年) 修了・中退 卒業見込・卒業		昭和・平成 ・	
その前	年 月 ~ 年 月	(学年) 修了・中退 卒業見込・卒業		昭和・平成 ・	
その前	年 月 ~ 年 月	(学年) 修了・中退 卒業見込・卒業		昭和・平成 ・	
職歴・勤務先	職務内容	所在地・電話	在 職 期 間	退職理由	
現在(最終)		Tel() -	年 月 ~ 年 月		
その前		Tel() -	年 月 ~ 年 月		
その前		Tel() -	年 月 ~ 年 月		
その前		Tel() -	年 月 ~ 年 月		
その前		Tel() -	年 月 ~ 年 月		
その前		Tel() -	年 月 ~ 年 月		
その前		Tel() -	年 月 ~ 年 月		
その前		Tel() -	年 月 ~ 年 月		
その前		Tel() -	年 月 ~ 年 月		
上記のとおり、相違ありません。					
平成 年 月 日		氏名		(印)	

身 上 調 査

家 族 の 状 況 (扶養家族 ある ・ ない)

続 柄	ふりがな 氏 名	生年月日	同居 別居 の別	勤務先又は在学学校名
		昭和・平成 年 月 日	同 居 別 居	
		昭和・平成 年 月 日	同 居 別 居	
		昭和・平成 年 月 日	同 居 別 居	
		昭和・平成 年 月 日	同 居 別 居	
		昭和・平成 年 月 日	同 居 別 居	
		昭和・平成 年 月 日	同 居 別 居	
		昭和・平成 年 月 日	同 居 別 居	
		昭和・平成 年 月 日	同 居 別 居	
		昭和・平成 年 月 日	同 居 別 居	
		昭和・平成 年 月 日	同 居 別 居	

今までに公務員の採用試験を受けたことのある人は次にご記入ください。

実施年月日	試 験 名	結 果
平成 年 月 日		合 ・ 否
平成 年 月 日		合 ・ 否
平成 年 月 日		合 ・ 否

次の質問について該当するものがあるかないかお答えください。

(1) 成人被後見人や被補佐人の宣告を受けたことがありますか。	あ る	な い
(2) 刑事事件について起訴、逮捕又は調べを受けたことがありますか。	あ る	な い
(3) 禁固以上の刑に処せられたことがありますか。	あ る	な い
(4) かつて懲戒免職になったことがありますか。	あ る	な い
(5) 身体上何か欠陥がありますか。	あ る	な い

趣味

特技

上記のとおり、相違ありません。

平成 年 月 日

氏名

