

八戸市立市民病院職員〈身体障がい者〉採用試験申込書（平成28年度）

(ふりがな) 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (平成29年4月1日現在 満 歳)	※受験番号 —	
(ふりがな) アパート名・番号まで正確に記入すること 現住所 〒 —		TEL 自宅・呼出 () 様方 () — 携帯・PHS () —		(平成 年 月撮影) <写真貼付欄> 6ヶ月以内に撮影された、帽子を着用していない、上半身正面向で本人と確認できるものを貼ってください。 写真の大きさは、たて4cm、よこ3cm程度とします。	
(ふりがな) 現住所以外の連絡先(実家等)がある場合に記入すること 連絡先 〒 —		TEL 自宅・呼出 () 様方 () —			
身体障害者手帳の交付機関名 都道府 県 市	交付年月日 年 月 日	障がい名 ※身体障害者手帳の写しを添付してください。	障がいの程度 級		
学 歴	学 校 名 中学校	学 部	学 科	期 間 S・H 年 月から S・H 年 月まで	○で囲んでください 卒 業
				S・H 年 月から S・H 年 月まで	卒業・() 年在学 卒業見込・中退
				S・H 年 月から S・H 年 月まで	卒業・() 年在学 卒業見込・中退
				S・H 年 月から S・H 年 月まで	卒業・() 年在学 卒業見込・中退

免許・資格		
免許・資格の名称	交付(認定)機関	取得(見込)年月日
		取得・見込 S・H 年 月 日
		取得・見込 S・H 年 月 日
		取得・見込 S・H 年 月 日

職 歴 あり なし (ありとした方は、次に記入してください)

勤務先の名称(直近のものを記入してください)	所在地	期 間	仕事の内容
	市区 町村	年 月から 年 月まで	
	市区 町村	年 月から 年 月まで	

私は日本国籍を有しており、地方公務員法第16条のいずれにも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に相違ありません。

平成 年 月 日 氏 名
(自署してください)

記入心得 1 黒か青インキを使用し、数字は算用数字で記入してください。 2 太枠内の項目について記入し、※印欄は記入しないでください。 3 該当するものに○印またはレ印をしてください。 4 記入欄が足りない場合には、用紙を貼って書いてください。 5 年月日は和暦(平成・昭和など)で記入してください。 6 地方公務員法第16条の内容は、試験案内に記載されているとおりです。	※ 受付形態 本人持参・代理持参 () ・郵 送 ※ 受付処理日 月 日 ※ 受験票交付 確 認 印 ※ 備 考
---	---

※試験準備のため必要ですので、次の事項について回答してください。

(1) 試験当日補装具等を持ち込み、使用する方は、次のいずれかを○で囲んでください。
 車椅子 拡大鏡(ルーペ) ワーク・パソコン(二次のみ) 電気スリッパ その他 ()

(2) その他試験実施にあたり、必要と思われる事項があれば記入してください。

[]

(切り取らないで下さい)