八戸市立市民病院職員採用試験申込書（平成30年度）

試験職種　（いずれかに☑をしてください。複数受験はできません。）

☐ 看護師　☐ 診療放射線技師　☐ 臨床検査技師　☐ 理学療法士
☐ 作業療法士　☐ 言語聴覚士　☐ 臨床工学技士　☐ 歯科衛生士
☐ 管理栄養士　☐ 薬剤師

※受験番号

―

（ふりがな）
氏　名　　☐ 男　☐ 女

生年月日
昭和・平成　年　月　日生
（平成31年4月1日現在　満　歳）

（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４㎝、よこ３㎝程度とします。

（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
（　）　－

（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
（　）　－

	学校名	学部	学科	期間	○で囲んでください
学歴	中学校			S・H　年　月から S・H　年　月まで	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　（受験資格に係る、主なものについて記入してください。また、取得見込のものも必ずご記入ください。）

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	
	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

（切り取らないで下さい）