

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。）					※受験番号	
☐ 看護師（一般枠） ☐ 言語聴覚士 ☐ 薬剤師					—	
（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）		
（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 4 cm、よこ 3 cm 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 （ ） —			
学 歴	学 校 名	学 部	学 科	期 間		○で囲んでください
	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、 <u>取得見込のもの</u> 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 1 6 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 1 6 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）