

八 戸 市 立 市 民 病 院 職 員 採 用 試 験 申 込 書 (令 和 元 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 —	
<input type="checkbox"/> 看護師 (一般枠) <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 (一般枠)					
(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 (令和2年4月1日現在 満 歳)		(年 月 撮影)	
(ふりがな) 現住所 〒 -		TEL () 様方 自宅・呼出 () - () - 携帯・PHS () -		<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) 連絡先 〒 -		TEL () 様方 自宅・呼出 () - () -			

学 歴	学校名	学部	学科	期 間	○で囲んでください
	中学校	/	/	S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒 業
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・()年在学 卒業見込・中退
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・()年在学 卒業見込・中退
				S・H・R 年 月から S・H・R 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>取得見込のものも必ずご記入ください。</u>)			
免許・資格の名称	交付(認定)機関	取得(見込)年月日	
		取得・見込 年 月 日	
		取得・見込 年 月 日	
		取得・見込 年 月 日	
職 歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。 令和 年 月 日 氏 名 <div style="text-align: center;">(自署してください)</div>			

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(令和・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 ※ 受験票交付 <div style="text-align: center;">月 日 確 認 印</div> ※ 備 考
---	---

(切り取らないで下さい)