

八戸市立市民病院職員採用試験申込書（令和3年度）

試験職種 <small>（いずれかに☑をしてください。複数受験はできません。）</small> <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"/> 言語聴覚士（一般枠） <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 薬剤師（一般枠）		※受験番号 <p style="text-align: center;">—</p>
（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4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 （ ） —	（ 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 （ ） —	

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
				S・H 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、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 年 月 日
		取得・見込 年 月 日
		取得・見込 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。

令和 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（令和・平成・昭和）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 <p style="text-align: center;">本人持参・代理持参（ ）・郵送</p>
	※ 受付処理日 <p style="text-align: center;">月 日</p>
	※ 受験票交付 <p style="text-align: center;">確認印</p>
	※ 備考

（切り取らないで下さい）