

八戸市立市民病院職員採用試験申込書（令和4年度）

試験職種（受験する職種に☑をしてください。複数受験はできません。）					※受験番号	
<input type="checkbox"/> 診療看護師 <input type="checkbox"/> 作業療法士（精神領域） <input type="checkbox"/> 薬剤師（実務経験者枠）					—	
（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5年4月1日現在 満 歳）		（ 年 月撮影） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><写真貼付欄></p> <p>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。</p> </div>
（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・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</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 年 月 日	
					取得・見込 年 月 日	
					取得・見込 年 月 日	
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 本人持参・代理持参（ ）・郵送		
				※ 受付処理日 月 日		※ 受付者印
				※ 備考		

（切り取らないで下さい）