安来市立病院会計年度任用職員申込書

①応募職種 （職種№.）	（　　）		写　真 1. 縦 36～40mm 2. 横 24～30mm 3. 3か月以内に撮影したもの 4. 本人単身胸から上 5. 裏面のりづけ 6. 裏面に氏名記入
ふりがな		※性別	
②氏　名			
③生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生	（令和8年4月1日時点で 満　　歳）	
④現住所	〒　　－	自宅電話	
		携帯電話	
	E-mail		

⑤学　歴（最終学歴を記入してください。）

学校名・学部学科名等	修学区分
	□卒業(修了)
修学期間	□卒業(修了)見込
年　　月から　　年　　月まで	□在学　□中退

⑥職　歴

職業（勤務先）	職務内容	在職期間
		年　月 ～　年　月
		年　月 ～　年　月
		年　月 ～　年　月
		年　月 ～　年　月
		年　月 ～　年　月
		年　月 ～　年　月

⑦免許資格等

（自動車運転免許、医療職免許、その他の資格を記入してください。）

免許・資格の名称	取得（見込）年月日		免許・資格証等の番号
	年　月　日	取得・見込	
	年　月　日	取得・見込	
	年　月　日	取得・見込	

⑧自己PR

私は、安来市立病院会計年度任用職員の受験資格を満たしており、この申込書の記載に相違ありませんので、受験を申込みます。

令和　　年　　月　　日

氏　名（自署）

【記入上の注意】
1. 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
2. 記入にあたっては、黒のインク又はボールペンで記入してください。
3. 記入欄が不足する場合は、裏面を利用してください。
4. 「※性別」欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。