

安来市立病院会計年度任用職員申込書

①応募職種 (職種No.)	()	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		男・女	
②氏名			
③生年月日	昭和・平成 年 月 日生	(令和5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	
		<input type="checkbox"/> 卒業(修了)	
修学期間		<input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込	
年 月から 年 月まで		<input type="checkbox"/> 在学 <input type="checkbox"/> 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	免許・資格の名称	取得(見込)年月日	免許・資格証等の番号
(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。)		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。 <div style="text-align: center;"> 令和 年 月 日 氏 名 (自署) </div>			

【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。