

安来市立病院会計年度任用職員申込書

①試験区分・資格区分 (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						※性別	
②氏 名							
③生年月日		昭和・平成 年 月 日生		(令和7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			
				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。							
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。