

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			※性別			
②氏 名						
③生年月日	昭和・平成	年	月	日生	(令和6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。