＊整理番号	＊職種符号	＊受験番号

新城市民病院職員採用候補者試験申込書

写　真
(縦４㎝×横３㎝)
上半身･脱帽･正面

年　　月撮影

【職種】希望する職種を１つ選び、□の中に「✔」をつけてください。

□　臨床検査技師

ふりがな		性別
氏　　名	（生年月日　昭和　・　平成　　年　　月　　日）	

ふりがな		電話番号
現住所	〒	携帯電話
ふりがな		電話番号
連絡先	〒	(　　方)

＊現住所に連絡が取れない場合の「連絡先」を記入してください。

	入　　学	卒業（見込みを含む）	学校名･学部･専攻等	区分
学歴	年　　月	年　　月	高等学校　　科	中退・卒業・卒業見込み
	年　　月	年　　月		中退・卒業・卒業見込み
	年　　月	年　　月		中退・卒業・卒業見込み
	年　　月	年　　月		中退・卒業・卒業見込み
	年　　月	年　　月		中退・卒業・卒業見込み

	採　　用	退職（見込みを含む）	会 社 名 ・職 種 ・職 務 内 容 等
職歴	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	
	年　　月	年　　月	
	年　　月	年　　月	
	年　　月	年　　月	
	年　　月	年　　月	

※　職歴には､いわゆるアルバイト等は､記入しないでください。

※　性別欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。

資格等	取得年月日	資格等の名称	区分
	年　月　日		取得 ・ 見込み
	年　月　日		取得 ・ 見込み
	年　月　日		取得 ・ 見込み
	年　月　日		取得 ・ 見込み

趣味・特技等

自覚している性格

志望の動機・自己 PR 等

私は、新城市民病院職員採用候補者試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は、地方公務員法第 16 条に定める欠格条項に該当しません。また、この申込書に記入した事項は、事実と相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　氏　名　　㊞