

※この申込書は、必ず本人が自書して下さい

市立大町総合病院 職員採用試験申込書

(本人記入欄) 採用を希望する職種	
(病院記入欄) 受験番号	

(令和 年 月 日現在)

ふりがな				写真を貼付 本人単身胸から上 3ヶ月以内撮影	
氏名			男 女		
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生 (満 歳)				
国籍	日本国籍以外の方のみ記入				
フリガナ 現住所 〒 (-)				電話番号 ()	
E-mail					
フリガナ 連絡先 〒 (-) ※現住所以外に連絡を希望する場合に記入				電話番号 ()	
最終学歴とその前の学歴を書いてください。					
学 校 名	学 部 ・ 履 修 学 科 名	期 間			
		年 月 から 年 月 まで		卒業 年中退	
		年 月 から 年 月 まで		卒業 年中退	
最終学歴		年 月 から 年 月 まで		卒業 卒業見込	
就職したことのある人は、今までの勤務経験を年代順に詳しく書いてください。自営業も含まれます。					
勤務先 (部課まで詳しく)	所在地 (番地まで詳しく)	在職期間 年月～年月	職業	職務内容	退職理由

※この申込書に身上書、免許の写しを添えて提出してください。
※免許未取得者は、成績証明書と卒業見込証明書を提出してください。
※記載内容が事実と異なる場合は、採用を取り消すことがあります。