

# 平成29年10・11月以降採用 加東市病院事業部職員採用試験 受験申込書

試験日時	受験職種	受験番号
<input type="checkbox"/> 平成29年9月3日	看護補助員	※ J29-
<input type="checkbox"/> 平成29年9月30日		

ふりがな	性別	生年月日	写 真  (縦6.0cm×横4.5cm)  申込前6か月以内に 撮影したもの  (無帽・上半身・正面)
氏 名	男・ 女	昭和・平成 年 月 日 (平成29年4月1日現在満 歳)	
現住所 〒 —			
自宅電話 ( ) —	携帯電話 ( ) —		
結果通知送付先 (現住所と同じ場合は、「同上」と記入してください。) 〒 —			
自宅電話 ( ) —	携帯電話 ( ) —		

学 歴	学 校 名	学部・学科名	在学期間	制度	修学区分
	高等学校		平 年 月 から 平 年 月 まで	年制	卒業・卒見・修了・中退
			平 年 月 から 平 年 月 まで	年制	卒業・卒見・修了・中退
			平 年 月 から 平 年 月 まで	年制	卒業・卒見・修了・中退
			平 年 月 から 平 年 月 まで	年制	卒業・卒見・修了・中退
			平 年 月 から 平 年 月 まで	年制	卒業・卒見・修了・中退

職 歴	勤 務 先	所 在 地	在職期間	職務内容
			平 年 月 日から 平 年 月 日まで	
			平 年 月 日から 平 年 月 日まで	
			平 年 月 日から 平 年 月 日まで	
			平 年 月 日から 平 年 月 日まで	
			平 年 月 日から 平 年 月 日まで	
			平 年 月 日から 平 年 月 日まで	
			平 年 月 日から 平 年 月 日まで	

免 許 ・ 資 格	名 称	取得(見込)年月日	名 称	取得(見込)年月日
		平 年 月 日		平 年 月 日
		平 年 月 日		平 年 月 日
		平 年 月 日		平 年 月 日
		平 年 月 日		平 年 月 日

健 康 状 況	<身長・体重>                      cm                      kg
	<視力> 右 (       ) 左 (       ) ※ (       ) 内は矯正視力を記入してください。
	<既往歴>    ある                      ない
	<既往歴がある場合>                      (総じて)    剛健    健康    やや弱い    不健康

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しておりません。  
以上の記載事項は、事実と相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ (必ず自署してください) 印

