

# 八 戸 市 立 市 民 病 院 職 員 採 用 試 験 申 込 書 ( 令 和 6 年 度 )

試験職種 (いづれかに☑をしてください。複数受験はできません。)				※受験番号  ー			
<input type="checkbox"/> 大学事務		<input type="checkbox"/> 短大・高校事務		( 年 月 撮影 )  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     &lt;写真貼付欄&gt;                       6ヶ月以内に撮影された、帽子を着用していない、上半身正面向で本人と確認できるものを貼ってください。                      写真の大きさは、たて4cm、よこ3cm程度とします。                 </div>			
<input type="checkbox"/> 事務(診療情報管理士)		<input type="checkbox"/> 救急救命士				<input type="checkbox"/> 診療放射線技師	
<input type="checkbox"/> 臨床工学技士		<input type="checkbox"/> 言語聴覚士				<input type="checkbox"/> 薬剤師(一般枠)	
(ふりがな) 氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (令和7年4月1日現在 満 歳)			
(ふりがな) アパート名・番号まで正確に記入すること 現住所 〒 ー				TEL 自宅・呼出 ( ) 様方 ( ) - 携帯・PHS ( ) -			
(ふりがな) 現住所以外の連絡先(実家等)がある場合に記入すること 連絡先 〒 ー				TEL 自宅・呼出 ( ) 様方 ( ) -			
学 歴	学 校 名	学 部	学 科	期 間	○で囲んでください		
	中学校	/	/	S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒 業		
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・( ) 年在学 卒業見込・中退		
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・( ) 年在学 卒業見込・中退		
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・( ) 年在学 卒業見込・中退		
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・( ) 年在学 卒業見込・中退		

免許・資格 (受験資格に係る、主なものについて記入してください。また、取得見込のものも必ずご記入ください。)		
免許・資格の名称	交付(認定)機関	取得(見込)年月日 取得・見込 年 月 日 取得・見込 年 月 日 取得・見込 年 月 日
職 歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありとした方は、次に記入してください)		
勤務先の名称(直近のものを記入してください)	所在地 市区 町村	期 間 年 月から 年 月まで 年 月から 年 月まで 年 月から 年 月まで
仕事の内容		
私は日本国籍を有しており、地方公務員法第16条のいづれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。  令和 年 月 日 氏 名 (自署してください)		

記入心得 1 黒か青インキを使用し、数字は算用数字で記入してください。 2 太枠内の項目について記入し、※印欄は記入しないでください。 3 該当するものに○印またはレ印をしてください。 4 記入欄が足りない場合には、用紙を貼って書いてください。 5 年月日は和暦(令和・平成・昭和など)で記入してください。 6 地方公務員法第16条の内容は、試験案内に記載されているとおりです。	※ 受付形態 本人持参・代理持参 ( ) ・郵 送
	※ 受付処理日 月 日
	※ 受験票交付 確 認 印
	※ 備 考