

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（いずれかに☑をしてください。複数受験はできません。） <input type="checkbox"/> 事務（診療情報管理士） <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 薬剤師（一般枠）		※受験番号 —			
(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) 現住所 〒 — <small>アパート名・番号まで正確に記入すること</small>		TEL 自宅・呼出 () 様方 () - 携帯・PHS () -			
(ふりがな) 連絡先 〒 — <small>現住所以外の連絡先（実家等）がある場合に記入すること</small>		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

＜写真貼付欄＞
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。

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、 <u>取得見込のものも必ず</u> 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	期間	仕事の内容
	市区 町村	年 月から 年 月まで	
	市区 町村	年 月から 年 月まで	
	市区 町村	年 月から 年 月まで	
	市区 町村	年 月から 年 月まで	

私は日本国籍を有しており、地方公務員法第16条のいず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	