

令和6年度
市立青梅総合医療センター職員採用試験申込書

※ 受付	
---------	--

受験職種	※該当項目に☑ <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ	受験番号	※ -	写 真 上半身正面脱帽			
ふりがな						性 別	
氏 名						男・女	
生年月日	昭和・平成	年	月	日	満 歳		
ふりがな							
現住所	(〒 -)						
連絡先	電話番号 - -		左記以外の連絡先				
	E-mail:		携帯電話・その他(-)				
履 歴	学 歴	昭和・平成	年	月から	中学校	卒	
		昭和・平成	年	月まで			
		年	年	月から			在・中退 卒見・卒
		年	年	月まで			
		年	年	月から			
	年	年	月まで				
	職 歴	年	年	月から	在・中退 卒見・卒		
		年	年	月まで			
		年	年	月から			
		年	年	月まで			
年		年	月から	在・中退 卒見・卒			
年	年	月まで					

注 ※印欄は、記入しないでください。

資格・免許	取得年月日	名 称
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
趣 味		
所属クラブ等		
特 技		
志望の動機		

扶養親族数 (配偶者を除く)	人	配偶者	有・無	配偶者の 扶養義務	有・無
-------------------	---	-----	-----	--------------	-----

私は、市立青梅総合医療センター職員採用試験を受験したいので申し込みます。
 なお、私は職員採用試験実施要領に掲げてある受験資格を満たしており、この申込書の
 すべての記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

必ず自署してください。→ 氏名 _____

※ つぎの欄は、記入しないでください。

窓口 受付	受理者		郵送 受付	郵便局消印	令和 年 月 日	確認者	
備考							