

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	助産師	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	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	年 月 月から	中学校		卒
		年 月 月まで			在 ・ 中 退 卒見・ 卒
		年 月 月から			在 ・ 中 退 卒見・ 卒
		年 月 月まで			在 ・ 中 退 卒見・ 卒
		年 月 月から			在 ・ 中 退 卒見・ 卒
		年 月 月まで			在 ・ 中 退 卒見・ 卒
	職 歴	年 月 月から			
		年 月 月まで			
		年 月 月から			
		年 月 月まで			
		年 月 月から			
		年 月 月まで			
		年 月 月から			
		年 月 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。

必ず自署してください。→

年 月 日

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	年 月 日	確認者	
備考							