

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☑ 看護師 □ I □ II □ III □ 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	年 月 日		満 歳		
ふりがな					
現 住 所	(〒 - - -)				
連 絡 先	電話番号 E-mail:	- - -	左記以外の連絡先 携帯電話・その他()	- - -	
履歴	学	年 月から 年 月まで	中学校		卒
		年 月から 年 月まで			在・中退 卒見・卒
		年 月から 年 月まで			在・中退 卒見・卒
		年 月から 年 月まで			在・中退 卒見・卒
		年 月から 年 月まで			在・中退 卒見・卒
		年 月から 年 月まで			在・中退 卒見・卒
履歴	職	年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 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
-----------------------	---	-------	-----	--------------------	-----

<p>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。</p>		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	年 月 日	確認者
備考						