

富士市立中央病院職員採用試験申込書（病院用）

受験職種	採用希望月※	令和 年	フリガナ		
	※臨床検査技師、看護師・助産師、 診療情報管理士の受験者のみ右欄に 記入。その他職種は記載不要。	月	氏名		
性別	生年月日 ※年齢は翌年の4月1日時点で記入	e-mailアドレス			
男女他	昭和・平成 年 月 日 歳				
フリガナ				電話	
連絡先住所 (合格通知等送付先)	(〒)				
フリガナ				電話	
第2連絡先住所 (帰省先等)	(〒)				
学 歴 (最終学歴から中学校までを記入してください。)					
学 校 名	学部学科 (専攻)	所 在 地 (都道府県市町村名)	修 学 期 間	修 学 年 数	卒業・中退・在学
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
職 歴 (卒業後の一切の経験を新しい順に一つ一つ書いて下さい。自営や在家庭期間も含みます。)					
勤 務 先	所在地	勤 務 先	仕事の内容	給料の月額	退職理由
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
資格、免許及び特殊技能 (取得見込みの資格等についても記入してください。)					
取 得 年 月 日	名 称	資格等の記号番	発 行 機 関 名(者)		
障害について ※該当する方はご記入願います。					
障害者手帳等	障害の種類	身体 精神 知的	級	手帳の交付番号	
交付年月日 有効期限年月日	交付 有効期限	年 月 日 年 月 日	障害の内容		
私は、富士市（富士市立中央病院）職員採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は試験案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、申込書の記載事項は事実と相違なく、地方 公務員法第16条に規定する欠格条項にも該当していません。 令和 年 月 日 氏 名					