

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 月	フリガナ		
	※右欄に記入	※1 欄外の注意事項参照	氏名		
性別	生年月日 ※年齢は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 ヵ月	
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 ヵ月	
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 ヵ月	
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 ヵ月	
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 ヵ月	
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 期 間	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					

※1 注意事項 採用希望月欄は、年度途中採用の募集がある職種の受験希望者の方が記載してください。令和7年4月募集に申し込みの方は記載不要です。

受験番号

—

自己紹介書

(病院用)

<p>(写真)</p> <p>サイズ 4.5cm×3.5cm 正面、上半身、脱帽</p> <p>試験日前3ヶ月以内に 撮影したもの</p>	受験職種		生年月日
	フリガナ		昭和
	氏名		平成
			年 月 日 歳
	最終学歴		
	最終職歴	(仕事の内容)	

志望動機		
自己PR		
学生生活・地域 などでの活動等 (部活動・ボランティア・ アルバイト等)	高校	
	専門学校・短 大・大学等	
	卒業論文・ 研究内容	

趣味・特技等 (受賞歴他)	
自覚している性格	
希望する仕事と その理由	

職種	
受験番号	—

令和6年度
富士市立中央病院
職員採用試験
受験票

(写真)

ﾀｲﾌﾟ 4.5cm×ｺｰ 3.5cm

正面、上半身、脱帽

試験日前3ヶ月以
内に撮影したもの

氏名

★試験日 令和7年2月16日(日)

※時間については、別添通知でご確認ください。

★会場 富士市立中央病院

〈注意事項〉

1. 受付の際、この受験票を提示してください。
2. 試験終了後は受験票をお持ち帰りください。
3. 筆記用具を持参してください。
4. 試験会場は禁煙です。
5. ゴミは全て持ち帰ってください。

(切り取り線)