

くしもと町立病院職員採用試験受験申込書（会計年度任用職員）

受験職種	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護補助	※病院記入欄
	※いずれかにチェック	
ふりがな		
氏名	昭和・平成 年 月 日生	写真貼付欄 ○申込前3か月以内の撮影写真 ○縦4cm×横3cm ○脱帽、正面向きで本人と確認できるもの ○裏面のりづけ
現住所	ふりがな	
	〒	
	自宅電話番号                      —                      — 携帯電話番号                   —                      —	
連絡先 (現住所と同じ場合は不要)	ふりがな	(注) 記入に当たっては黒ボールペンを使用し、文字は楷書で記入してください。
	〒	
	自宅電話番号                      —                      — 携帯電話番号                   —                      —	

○学歴（最終学歴からさかのぼって高等学校まで記入してください。） ※該当する□にチェック

在学期間	学校名	学部・学科名	区分
自 年 月から 至 年 月まで	(最終学歴)		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中
自 年 月から 至 年 月まで			<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中
自 年 月から 至 年 月まで			<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中
自 年 月から 至 年 月まで			<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中

○職歴（新しいものから記入してください。書ききれない場合は別紙(任意)を添付してください。)

在職期間	勤務先名	部署名	職務内容
自 年 月から 至 年 月まで			
自 年 月から 至 年 月まで			
自 年 月から 至 年 月まで			
自 年 月から 至 年 月まで			
自 年 月から 至 年 月まで			

○資格・免許

※該当する□にチェック

取得年月日	資格・免許名称	区分
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込

○志望動機（当院への志望動機を記入してください。）


○業務経験（これまでの職務内容、取り組んできたことを記入してください。）


○自己アピール（特技、趣味も記入してください。）

特技	
趣味	
自己アピール	

私は、くしもと町立病院職員採用試験の受験資格要件を全て満たしており、また、この申込書の記載事項に相違ありません。

年 月 日

申込者氏名(自署) \_\_\_\_\_

※受付印
------