

* 整理番号	* 職種符号	* 受験番号
--------	--------	--------

## 新城市民病院職員採用候補者試験申込書

【職種】希望する職種を1つ選び、□の中に「✓」をつけてください。

薬剤師

写 真 (縦4cm×横3cm)
上半身・脱帽・正面
年 月撮影

ふりがな		性別
氏 名	(生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日)	
ふりがな		電話番号
現住所	〒	携帯電話
ふりがな		電話番号
連絡先	〒	( 方)

\* 現住所に連絡が取れない場合の「連絡先」を記入してください。

学歴	入 学	卒業(見込みを含む)	学校名・学部・専攻等		区分
	年 月	年 月	高等学校	科	
					中退・卒業・卒業見込み
職歴	採 用	退職(見込みを含む)	会社名・職種・職務内容等		
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			

※ 職歴には、いわゆるアルバイト等は、記入しないでください。

私は、新城市民病院職員採用候補者試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は、地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しません。また、この申込書に記入した事項は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日 氏名