

令和4年度 名寄市立総合病院 会計年度任用職員採用願

※任用区分

試験
選考

希望職種：	
フリガナ	生 年 月 日
氏 名	昭・平・令 年 月 日 生 (令和 年 月 日現在 満 歳)
フリガナ	
〒□□□□-□□□□	
現住所	
電話番号 () -	携帯電話番号

写真貼付
3.0×4.0cm

学 校 名	学 科	専 攻	期 間	備 考
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退

職歴(今までの職歴を年代順に詳しく書いてください。自営業も含まれます。) 就職したことがない

勤 務 先 (部課まで詳しく記入してください。)	所在地及び電話番号	在 職 期 間		職 務 内 容	退 職 理 由
		年 月 日	年 月 日		
現 在 (最 終)	TEL () -	昭 平 令	・ ・ ~ ・ ・		
その前	TEL () -	昭 平 令	・ ・ ~ ・ ・		
その前	TEL () -	昭 平 令	・ ・ ~ ・ ・		
その前	TEL () -	昭 平 令	・ ・ ~ ・ ・		
その前	TEL () -	昭 平 令	・ ・ ~ ・ ・		
その前	TEL () -	昭 平 令	・ ・ ~ ・ ・		

受験者の資格、免許

年	月	資 格 ・ 免 許	年	月	資 格 ・ 免 許

家庭の状況

扶養家族数 (配偶者を除く)	配偶者	配偶者の扶養義務
人	有 ・ 無	有 ・ 無

健 康 状 態	得意科目	趣 味
志望の動機		
本人希望記入欄 (希望があれば記入)		

この採用願のすべての記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

氏名

印

(記載上の注意)

- 記載事項に不正があるときは、採用される資格を失うことがあります。
- ※印の欄以外は、自筆で漏れなく記入してください。□欄に該当する場合は、レ印を記入してください。
- インク又はボールペンで記入し、楷書でていねいに書いてください。数字は算用数字を用いてください。
- この用紙の記入欄に、全て記入できないときは、別紙用紙に追加して記入してください。

《提出先》 名寄市西7条南8丁目 名寄市立総合病院 総務課職員係 TEL 01654-3-3101 (内 2213)