

令和8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

氏 名

☐男

☐女

生 年 月 日

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

学 歴

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。自営業も含みます。) ☐ 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)