

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 昭平令年月日生 (令和年月日現在満歳)
------------	--	--------------------------------

写真貼付
3.0×4.0cm

フリガナ
〒□□□一□□□□

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 □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 □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		
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)