

令和7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	※性別
氏 名	
フリガナ	生 年 月 日
〒□□□-□□□□	昭・平・令 年 月 日 生 (令和 年 月 日現在 満 歳)
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	☐ 卒業見込 ☐ 卒業 ☐ 中退
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで	☐ 卒業見込 ☐ 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 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

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。
 - ※性別欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。
 - インク又はボールペンで記入し、□欄に該当する場合は、レ印を記入してください。
 - 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 2228)