

# 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	※性別	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)

1. 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。
2. ※性別欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。
3. 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。
4. 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)