

令和3年度名寄市病院事業職員採用試験 受験申込書 (名寄市立総合病院 管理栄養士)

| | | |
|----------|--|-----------------------------------|
| フリガナ | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生 年 月 日 |
| 氏 名 | | 昭・平 年 月 日生 (令和 年 月 日現在 満 歳) |
| フリガナ | 〒□□□-□□□□ | |
| 現住所 | | |
| 電話番号 () | - | |
| フリガナ | 〒□□□-□□□□ | |
| 連絡先 | | |
| 電話番号 () | - | |

写真貼付
3.0×4.0cm

学 歴

| 学 校 名 | 学 科 | 専 攻 | 期 間 | 備 考 |
|-------|-----|-----|------------------------------|--|
| 高等学校 | | | 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 |
| | | | 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 |

経 歴 (今までの一切の職務上の経歴を年代順に詳しく記入してください。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) | 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 | | |
| | TEL () - | 昭 平 令 | . . ~ . . | | |
| | TEL () - | 昭 平 令 | . . ~ . . | | |
| | TEL () - | 昭 平 令 | . . ~ . . | | |
| | TEL () - | 昭 平 令 | . . ~ . . | | |
| | TEL () - | 昭 平 令 | . . ~ . . | | |
| | TEL () - | 昭 平 令 | . . ~ . . | | |

(裏面へ続く)

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 (希望などがあれば記入してください) | | |
| 試験日希望 | ① 8月21日(土) ・ ②他希望日()日 | どちらかを○で囲んでください |
| <p>私は、地方公務員法第16条の規定に該当していません。 また、この受験申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> | | |

(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。
- 自筆で漏れなく記入してください。□欄は、該当する場合にレ印を記入してください。
- 黒色のインク又はボールペンを使用し、楷書でいねいに記入してください。数字は算用数字を用いてください。

《提出先》

〒096-8511

北海道名寄市西7条南8丁目 名寄市立総合病院 事務部総務課職員係 TEL 01654-3-3101 (内 2213)