令和8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 助 産 師)

フリカ゛ナ		□ 男	nπ →	生	年	月日	3				
氏 名		口女	昭·平 (令和	年年	月 月	日現	日生 在 満	歳)		写真	貼付
フリカ゛ナ		I	V 1 V							3.0×	4.0cm
〒□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□											
電話番号 (7月カナナ)	<u>—</u>							<u></u>		
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□											
電話番号 ()	—									
学 歴 学 校 名		学 科			攻		期	間			備 考
子 仪 名		子件		守	- 攻		昭・平・令		月から		<u> </u>
高等	学校						昭・平・令		月まで		業 口中退
							昭·平·令 昭·平·令		月から 月まで		業見込 業 □中退
							昭·平·令 昭·平·令		月から 月まで		業見込 業 □中退
							昭·平·令 昭·平·令		月から 月まで		業見込 業 □中退
(T) TT (A) ber a IT a minor I	ower by	トロエ) マニゾン	/=== 1	- 2.28 Cy	. 4 3)4	۸ د کلاد				k - 1	18.4.
経 歴 (今までの一切の職務上) 動 務 先				くたさ(業も含職			就職した		
(部課まで詳しく)	所 任 地	2及び電話	番号		年 月		~ 年月	В	職 務	内3	退職理日
	Tel () –		昭 平 令		~					
	Tel () –		昭平令		~					
	ILL (,		昭平		~					
	Tel () –		令							
	Tel () –		平令		~					
	т (`		昭平令		~					
	Tel (<u>, – </u>		昭平		~					
	m (`		l ,					1		

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

I	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)									
試験希望日	(),	(),(),	(希望日をご記 入ください			
私は、地方公務員法第 16 条の規定に該当しておりません。 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。									
令和	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 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。
- 3 黒色のインク又はボールペンを使用し、楷書でて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 恆 01654-3-3101 (內 2213)