

令和3年度 長崎県五島中央病院職員採用試験受験申込書

受験番号 ※									
試験職種 (いずれかに○をしてください)		採用条件(どちらかに○をしてください) 1. 令和4年4月1日採用 2. 中途採用(希望日を記載) 希望採用日: 令和 年 月 日		希望試験地 (いずれかに○をしてください)		1. 五島市(五島中央病院) 2. 長崎市(会場は後日連絡) 3. WEB選考(ZOOMにて実施)		写真欄 ※写真は申込前6ヶ月以内に撮影したもので、上半身(正面向き)を写した縦4.0cm横3.0cm程度の本人と確認できるものが必要です。 写真は申込みの際に必ず貼ってください。	
ふりがな		性別		生年月日					
氏名		男・女		昭和・平成 年 月 日生 (令和4年4月1日現在 満 歳)					
〒		-		現住所					
						(様方)			
電話番号		携帯番号						記入心得	
								4 3 2 1	
								記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。	
								インクまたはボールペンで丁寧に漏れないように楷書で記入してください。	
								□は該当するものをチェックしてください。	
								※欄は記入しないでください。	
合格通知書送付先		電話番号							
学校名		学部・学科名		在学期間		修学区分			
学歴(中学校以上を記入)				自平・令 年 月 月		□卒業見込			
				自平・令 年 月 月		□卒業見込			
				自平・令 年 月 月		□卒業見込			
				自平・令 年 月 月		□卒業見込			
勤務先の名称		職種等		職務内容		在職期間			
職歴						自平・令 年 月 月			
						自平・令 年 月 月			
						自平・令 年 月 月			
						自平・令 年 月 月			
						自平・令 年 月 月			
免許・資格の種類				取得年月日					
資格・免許				平・令 年 月 日		□取得 □取得見込			
				平・令 年 月 日		□取得 □取得見込			
				平・令 年 月 日		□取得 □取得見込			
				平・令 年 月 日		□取得 □取得見込			
志望動機、自己PRなど				特技・趣味、好きな学科、スポーツ・文化活動等					
扶養家族数(配偶者を除く) 人		配偶者 有・無		配偶者の扶養義務(配偶者有の場合) 有・無					
私は、上記の採用試験を受験したいので申込みます。 なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。								受付印	
								※	
令和 年 月 日									
氏名(自署)						印			