

令和3年度 函館市病院局会計年度任用職員採用試験申込書

写 真
※6か月以内に撮影した正面、無帽、無背景の写真 縦40 ^ミ ×横30 ^ミ
令和 年 月 日 撮 影

受付年月日	職 種	受験番号
令和 年 月 日	印	

ふりがな		性別	男・女
氏 名			
生年月日	昭・平 年 月 日生 (満 歳)		

ふりがな			
現住所	〒 _____ 電話 () _____ 方		
連絡先 (帰省地等の連絡先がある場合記入)	〒 _____ 電話 () _____ 方		

最終学歴	学 校 名	学部・学科名等	所在地 (町村まで)	期 間	○で囲む
				平・令 年 月 から 平・令 年 月 まで	卒・修了・ 卒見込

就業したことがない (つける)

職 歴 <small>別紙に4つ以上ある場合は 書式自由記入</small>	勤 務 先	所 在 地	在職期間	職務内容
	現在(最終)			

免許・資格	名 称	取得年月 (取得見込年月)	名 称	取得年月 (取得見込年月)
		平・令 年 月		平・令 年 月
		平・令 年 月		平・令 年 月

備考	
----	--

以上のとおり相違ありません。

令和 年 月 日 本人氏名(自筆)

[記載上の注意]

- 1 記載事項に不正があるときは、病院局会計年度任用職員として採用される資格を失うことがあります。
- 2 太枠内をもれなく記入してください。
- 3 記入はすべて黒インクか黒ボールペンを用い、楷書で丁寧に記載してください。数字は、算用数字を用いてください。
- 4 住居を変更した場合はすぐに通知してください。
- 5 身体の障害により特別の配慮が必要な方は、その旨を上記備考欄に記入願います。