

令和8年度

北村山公立病院職員採用試験

受験申込書

職 種	
受験番号	※
※(受付年月日)	写 真 3ヵ月以内に撮影した写真で脱帽,上半身,正面向きで本人と確認できるものを裏面にのりをつけて貼ってください。 (3.5×4.5 cm)

ふりがな		生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日
氏 名			(満 歳)			
現住所	(〒 -) メールアドレス: (☎ - -)					
通知の際 の連絡先	(〒 -)		(☎ - -) 携帯(☎ - -)			
学 歴	学 校 名	学部名	学科名	就学期間	卒・見込等別	
	現在(最終)			年 月から 年 月まで	卒 業 卒業見込 年中退	
	その前			年 月から 年 月まで	卒 業 年中退	
	その前			年 月から 年 月まで	卒 業 年中退	
	その前			年 月から 年 月まで	卒 業 年中退	

※学歴欄は、中学校までご記入ください。不足する場合は、別紙に必要な事項を記入し添えてください。

資 格 免 許 等	取 得 年 月 日	記号・番号	種 別 ・ 名 称
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

職 歴	勤務先	職務内容	所在地	勤務期間
	現在（最終）			年 月 日から 年 月 日まで
	その前			年 月 日から 年 月 日まで
	その前			年 月 日から 年 月 日まで
	その前			年 月 日から 年 月 日まで
	その前			年 月 日から 年 月 日まで

※職歴欄が不足する場合は、別紙に必要な事項を記入し添えてください。

【志望の動機】

この申込書に記載したすべての事項に相違ありません。

また、私は、次に掲げる各号のいずれにも該当しておりません。

- (1) 日本の国籍を有しないもの
- (2) 地方公務員法第16条に該当するもの

年 月 日

氏名

Ⓜ

北村山公立病院組合管理者 殿

留意点

- 1 試験案内をよく読んで、※欄を除く該当欄にもれなく記入してください。
- 2 記入は、黒インク又は黒ボールペンを用いてていねいに記入してください。
- 3 数字は、算用数字を用いてください。
- 4 受験申込後において、受験資格を有しなくなったときは受験できません。
(受験票は無効になります。)

