

地方独立行政法人明石市立市民病院 職員採用試験申込書

受験番号	
------	--

試験区分 (医療技術職)	1 薬剤師 3 言語聴覚士	2 放射線技師
-----------------	------------------	---------

ふりがな氏名	_____	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	性別	男 ・ 女
--------	-------	------	-----------------	----	-------

ふりがな現住所	〒 _____ [() -]				
---------	----------------------	--	--	--	--

連絡先 (上記と異なるとき)	〒 _____ [() -]				
-------------------	----------------------	--	--	--	--

学歴	学 校	学部	学科	在 学 期 間	修 学 年 数 等	
	中 学 校			自 . 年 月 至 . 年 月	3 年制	卒 業
歴			自 . 年 月 至 . 年 月	年制	卒 業・中 退 卒 業 見 込	
			自 . 年 月 至 . 年 月	年制	卒 業・中 退 卒 業 見 込	
			自 . 年 月 至 . 年 月	年制	卒 業・中 退 卒 業 見 込	

職歴	勤 務 先	所 在 地	担当内容	在 職 期 間	
					自 . 年 月 至 . 年 月
歴				自 . 年 月 至 . 年 月	
				自 . 年 月 至 . 年 月	

資格免許	名 称	取得年月日	身体障害	有・無	種	級	他に受験している病院・診療所	[] 合否の時期 月 日頃
								年 月 日
特 技		年 月 日						[] 合否の時期 月 日頃
		年 月 日						[] 合否の時期 月 日頃

〔記入上の注意〕

- ・記入はすべて本人の自筆により、黒ボールペン又は黒インクを使い、丁寧に記入してください。
- ・受験番号欄を除いて、該当する全ての欄に記入してください。
- ・記載内容に不正があると職員として採用される資格を失うことがあります。

申込書

一般的確認事項

受験 番号					
一 般	自 己 P R				
	受 験 動 機				
事 項	今までで、一番 力を入れて取り 組んできたこと				
	長 所			短 所	
	ク ラ ブ・ ボ ラ ン テ ィ ア 等 の 活 動 歴	ク ラ ブ・ サ ー ク ル 名 等	在 籍 期 間	役 職 名	主 な 活 動 内 容
			自 . 年 月 至 . 年 月		
			自 . 年 月 至 . 年 月		
趣 味 娯 楽			好 き な ス ポ ー ツ		
採用後の勤務 に対する抱負					
<p>本書の記載内容に相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>氏 名 印</p>					
採用試験を知ったきっかけ（当院の HP、広報あかし、民間広告媒体等。具体的に記載して下さい。）					

〔写真欄〕

縦 6cm × 横 4.5 ㍍

申込み前 6 ヶ月以内に撮影したもの

無帽、上半身、正面