市立伊丹病院職員採用試験受験申込書 （非常勤嘱託）

ふりがな		性別	年齢	職 種	医事課事務員
氏 名				受験番号（　　）	
		生年月日		昭和 平成	年　　月　　日

現住所	写真はりつけ 脱帽・正面向・上半身を3カ月以内に撮影したもの （縦4cm×横3cm）
〒　　－　　TEL（　　）　　－	
連絡先（書類等送付先：同上の場合は記入不要）	
〒　　－　　TEL（　　）　　－	

	在学期間（年月日）	学 校 名	学部・学科専攻名	制度	区 分
学歴	自　・　・ 至　・　・	中学校		3 年制	卒 業
	自　・　・ 至　・　・			年制	卒・卒見込 修了・中退
	自　・　・ 至　・　・			年制	卒・卒見込 修了・中退
	自　・　・ 至　・　・			年制	卒・卒見込 修了・中退
	自　・　・ 至　・　・			年制	卒・卒見込 修了・中退

職歴（在家庭・アルバイトも含む）	在職等の期間（年月日）	勤務先名・所在地	職務内容	退職理由
	自　・　・ 至　・　・			
	自　・　・ 至　・　・			
	自　・　・ 至　・　・			
	自　・　・ 至　・　・			
	自　・　・ 至　・　・			
	自　・　・ 至　・　・			

志望動機・自己PR

職務に対する希望

勤務希望日数（週あたり）

ボランティア活動

趣味・特技	クラブ活動・サークル活動（学校以外のものを含む）
あなたが認める長所	あなたが認める短所
健康状態	既往症 なし ・ あり（　　）

就職希望月（希望月を記入して下さい）
年　　月採用希望

免 許 ・ 資 格 ・ 検 定 （取得見込を含む）

名　　称	取得年月日
	・　・
	・　・
	・　・
	・　・

＊ あなたがこの申込書に記入された個人情報については伊丹市個人情報保護条例により保護され、採用試験以外の目的で利用されることはありません。