

市立伊丹病院職員採用試験受験申込書(正職)

ふりがな		年齢	性別	職種	理学療法士
氏名				受験番号	
				生年月日	S・H 年 月 日
現住所				写真貼付け	
〒 -		TEL() -		脱帽・正面向・上半身を3カ月以内に撮影したもの	
連絡先(書類等送付先:同上の場合は記入不要)				(縦4cm×横3cm)	
〒 -		TEL() -			
Mailアドレス @					
学歴	在学期間	学校名	学部・学科専攻名	制度	区分
	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
職歴 (在家庭も含む)	在職等の期間	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	
仕事をするうえで配慮して欲しいこと	院内保育所利用の希望 有 ・ 無
得意な学科目	専門研究・研究のテーマ
趣味・特技	クラブ活動・サークル活動(学校以外のものを記す)
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 ()
採用月 令和 年 月	
免許・資格・検定 (取得見込を含む)	
名 称	取得年月日
	. .
	. .
	. .
	. .

確認事項:①地方公務員法第16条【欠格条項】(要項参照)に該当しないことを誓約します。
②記載内容に虚偽や不記載のないことを誓約します。

令和 年 月 日 署名(自署)

* 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。