

市立伊丹病院職員採用試験受験申込書(会計年度任用職員)

ふりがな		年齢	性別	職 種	医事課事務員 (医師事務作業補助)	
氏 名				受験番号		
		生年月日		S・H	年	月
現住所					写真貼付け	
〒		—	TEL()		—	
連絡先(書類等送付先:同上の場合は記入不要)					脱帽・正面向・上半身を3か月以内に撮影したもの	
〒		—	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
	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 . .					
	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 ()
採用月の希望 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】(募集要項参照)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)

※申込書等に記入していただいた個人情報は、採用事務等の目的外に使用することはありません。