

平成29年度
青梅市立総合病院職員採用試験申込書

※ 受付	
---------	--

受験職種	薬剤師	受験番号	※	—	写 真 上半身正面脱帽	
ふりがな				性 別		
氏 名				男・女		
生年月日	昭和・平成	年	月	日		満 歳
ふりがな						
現住所	(〒 —)					
連絡先	電話番号 — —		左記以外の連絡先 携帯電話・その他(—)			
	E-mail:		— —			
履	学	昭和・平成	年	月から	中学校	卒
		昭和・平成	年	月まで		
	歴	平成	年	月から		在・中退 卒見・卒
		平成	年	月まで		
		平成	年	月から		
		平成	年	月まで		
歴	職	平成	年	月から		
		平成	年	月まで		
	歴	平成	年	月から		
		平成	年	月まで		
		平成	年	月から		
		平成	年	月まで		

注 ※印欄は、記入しないでください。

資格・免許	取得年月日	名 称
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	
趣味		
所属クラブ等		
特 技		
志望の動機		

扶養親族数 (配偶者を除く)	人	配偶者	有・無	配偶者の 扶養義務	有・無
-------------------	---	-----	-----	--------------	-----

私は、青梅市立総合病院職員採用試験を受験したいので申し込みます。
 なお、私は職員採用試験実施要領に掲げてある受験資格を満たしており、この申込書の
 すべての記載事項は事実と相違ありません。

必ず自署・押印してください。→

平成 年 月 日
氏名 印

※ つぎの欄は、記入しないでください。

窓口 受付	受理者	郵送 受付	郵便局消印	平成 年 月 日	確認者
備考					