

市立青梅総合医療センター職員採用試験申込書

|         |  |
|---------|--|
| ※<br>受付 |  |
|---------|--|

|       |          |       |        |                           |     |                  |                  |
|-------|----------|-------|--------|---------------------------|-----|------------------|------------------|
| 受験職種  | 言語聴覚士    | 受験番号  | ※<br>— | 写 真<br>上半身正面脱帽            |     |                  |                  |
| ふりがな  |          |       |        |                           |     | 性 別              |                  |
| 氏 名   |          |       |        |                           |     | 男 ・ 女            |                  |
| 生年月日  | 平成       | 年     | 月      |                           |     | 日                | 満                |
| ふりがな  |          |       |        |                           |     |                  |                  |
| 現住所   | (〒 — )   |       |        |                           |     |                  |                  |
| 連絡先   | 電話番号 — — |       |        | 左記以外の連絡先<br>携帯電話・その他( — ) |     |                  |                  |
|       | E-mail:  |       |        |                           |     |                  |                  |
| 履 歴   | 学 歴      | 平成・令和 | 年      | 月から                       | 中学校 | 卒                |                  |
|       |          | 平成・令和 | 年      | 月まで                       |     |                  |                  |
|       |          | 平成・令和 | 年      | 月から                       |     |                  | 在 ・ 中退<br>卒見 ・ 卒 |
|       |          | 平成・令和 | 年      | 月まで                       |     |                  |                  |
|       |          | 平成・令和 | 年      | 月から                       |     |                  |                  |
|       |          | 平成・令和 | 年      | 月まで                       |     |                  |                  |
|       | 平成・令和    | 年     | 月から    | 在 ・ 中退<br>卒見 ・ 卒          |     |                  |                  |
|       | 平成・令和    | 年     | 月まで    |                           |     |                  |                  |
|       | 職 歴      | 平成・令和 | 年      |                           | 月から | 在 ・ 中退<br>卒見 ・ 卒 |                  |
|       |          | 平成・令和 | 年      |                           | 月まで |                  |                  |
|       |          | 平成・令和 | 年      |                           | 月から |                  |                  |
|       |          | 平成・令和 | 年      |                           | 月まで |                  |                  |
| 平成・令和 |          | 年     | 月から    | 在 ・ 中退<br>卒見 ・ 卒          |     |                  |                  |
| 平成・令和 |          | 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 |
|        | 年 月 日 |     |
|        | 年 月 日 |     |
|        | 年 月 日 |     |
|        | 年 月 日 |     |
|        | 年 月 日 |     |
| 趣 味    |       |     |
| 所属クラブ等 |       |     |
| 特 技    |       |     |
| 志望の動機  |       |     |

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

私は、市立青梅総合医療センター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。

令和 年 月 日

必ず自署してください。→ 氏名 \_\_\_\_\_

※ つぎの欄は、記入しないでください。

|          |     |  |          |       |       |     |  |
|----------|-----|--|----------|-------|-------|-----|--|
| 窓口<br>受付 | 受理者 |  | 郵送<br>受付 | 郵便局消印 | 年 月 日 | 確認者 |  |
| 備考       |     |  |          |       |       |     |  |