

年度

市立青梅総合医療センター 会計年度任用職員選考申込書

写 真
上半身正面脱帽
(縦4cm×横3cm)

ふりがな		職 種	
氏 名		年 齢	満 歳
生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
電話番号	自宅 携帯		

ふりがな	(〒 -)			
現住所				
履 歴	学 歴	昭和・平成 年 月から 昭和・平成 年 月まで	中学校 卒	
		年 月から 年 月まで	在 ・ 中退 卒見 ・ 卒	
		年 月から 年 月まで	在 ・ 中退 卒見 ・ 卒	
		年 月から 年 月まで	在 ・ 中退 卒見 ・ 卒	
		年 月から 年 月まで	在 ・ 中退 卒見 ・ 卒	
	職 歴	年 月から 年 月まで		
		年 月から 年 月まで		
		年 月から 年 月まで		
		年 月から 年 月まで		
		年 月から 年 月まで		
		年 月から 年 月まで		
		年 月から 年 月まで		
	資 格 ・ 免 許	取 得 年 月 日	名 称	
		昭和・平成 年 月 日		
年 月 日				
年 月 日				

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
-------------------	---	-----	-----	----------	-----

【地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当する方は、申し込みできません】

- ・禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで、またはその執行を受けることがなくなるまでの者
- ・日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法またはその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、またはこれに加入した者

私は、市立青梅総合医療センター会計年度任用職員を希望するので申し込みます。

なお、私は地方公務員法第16条に該当せず、この申込書すべての記載事項は事実と相違ありません。

年 月 日

氏名

※ 必ず自署してください。

※ つぎの欄は、記入しないでください。

備 考			
受理年月日	令和 年 月 日	受理者	