

令和 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	医師		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 歴	学	昭和・平成	年	月から	中学校	卒
		昭和・平成	年	月まで		
			年	月から		
	歴		年	月から		在・中退
			年	月まで		卒見・卒
			年	月から		在・中退
歴	職		年	月から		
			年	月まで		
			年	月から		
	歴		年	月から		在・中退
			年	月まで		卒見・卒
			年	月から		在・中退
	年	月まで		卒見・卒		

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 (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。

令和 年 月 日

必ず自署・押印してください。→ 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	年 月 日	確認者	
備考							