

市立青梅総合医療センター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	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		
	歴	昭和・平成	年	月から		在 ・ 中退 卒見 ・ 卒
		昭和・平成	年	月まで		
		平成・令和	年	月から		
		平成・令和	年	月まで		
歴	職	昭和・平成	年	月から		
		昭和・平成	年	月まで		
	歴	平成・令和	年	月から		
		平成・令和	年	月まで		
		平成・令和	年	月から		
		平成・令和	年	月まで		
歴	平成・令和	年	月から			
	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 (配偶者を除く)	人	配偶者	有・無	配偶者の 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 受付	受理者		郵送 受付	郵便局消印	年 月 日	確認者	
備考							