

※太枠欄の必要事項に記入し、写真を貼り付けてください。(黒ボールペン又はワープロ)

令和6年度 つがる西北五広域連合 つがる総合病院 会計年度任用職員 受験申込書

試験職種 (番号を○で囲むこと)	1 助産師・看護師 2 准看護師 3 臨床検査技師 4 管理栄養士	5 社会福祉士 6 診療情報管理士 7 医師事務作業補助者 8 がん登録員	9 薬剤助手 10 一般事務員 11 看護補助者 12 歯科衛生士	※受験番号
勤務形態 (就業希望を○で囲むこと)	フルタイム (7時間45分) ・ パートタイム (7時間45分未満)			(写真欄) ・写真は6カ月以内に撮影したもの ・縦4cm、横3cm程度 ・本人正面の顔写真 ・しっかり、のり付け
ふりがな				
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)			
現住所	〒 - アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください (方) Tel () - - メールアドレス (必ずご記入ください):			(どちらかを○で囲むこと) 任用通知等の送付先
連絡先	〒 - 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください (方) Tel ()			(どちらかを○で囲むこと)
学 歴	学 校 名	学 部 学 科	在 学 期 間	備 考
	中学校	\	平成 年 月から 平成 年 月まで	卒業
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
職 歴 (現職及び主なもの)	勤 務 先 名 称	職 務 内 容	在 職 期 間	所在地(都道府県)
			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	名 称	取 得 年 月 日	名 称	取 得 年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日

私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定いずれにも該当していません。
また、この申込書の記載事項は全て事実と相違ありません。

令和 年 月 日 氏名(自署)