

【随時募集・会計年度任用職員用】
市立湖西病院職員採用試験申込書

本人直筆のこと

年 月 日現在

写 真 欄

縦 40 mm×横 30 mm

正面・上半身・脱帽・無背景で本人と確認できるもの
3 か月以内に撮影したもの

(撮 影 日)

年 月 日

受 験 区 分	調剤補助者（会計年度任用職員）		
ふりがな			
氏 名			
昭和・平成	年	月	日生
満	歳	男 ・ 女	
ふりがな			
現 住 所			
〒	—	☎ ()	— (方呼出)
ふりがな			
連 絡 先			
〒	—	☎ ()	— (方呼出)
SPI3 受験用メールアドレス @			

学 歴	年号	年	月		学 校 名	学部・学科名	所 在 地
				入 学	中 学 校		
				卒 業			
				入 学	高 等 学 校		
				卒業・卒見込			
				入 学			
				卒業・卒見込			
				入 学			
				卒業・卒見込			
				入 学			
				卒業・卒見込			

職 歴	年号	年	月	勤 務 先	職 務 内 容	所 在 地

資 格 免 許 等	年号	年	月		名 称	年号	年	月		名 称
				取 得 見 込					取 得 見 込	
				取 得 見 込					取 得 見 込	
				取 得 見 込					取 得 見 込	

私は、地方公務員法第 16 条に規定する欠格条項に該当していません。

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。

年 月 日

氏名