受験番号	

市立湖西病院職員採用試験申込書

本人直筆のこと　　平成　　年　　月　　日現在

受験区分 (○で囲んでください)	管理栄養士　・　看護補助者

ふりがな 氏　名	印
昭和・平成　　年　　月　　日生　満　　歳	男　・　女

写真欄
縦45㎜×横35㎜
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）
平成　　年　　月　　日

ふりがな
現住所

〒　　－　　☎（　　）　　－　　（　　方呼出）

ふりがな
連絡先

〒　　－　　☎（　　）　　－　　（　　方呼出）

	年号	年	月		学校名	学部・学科名	所在地
学歴				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			
				入学			
				卒業・卒見込			

	年号	年	月	勤務先	職務内容	所在地
職歴						

	年号	年	月		名称	年号	年	月		名称
資格免許等				取得 見込					取得 見込	
				取得 見込					取得 見込	
				取得 見込					取得 見込	

志望の理由

ｸﾗﾌﾞ活動・ｽﾎﾟｰﾂ・文化活動等

自覚している性格

趣味・特技等

通勤方法・時間 ※（車　・　ＪＲ　・バス） 約　　時間　　分	扶養家族数 （配偶者を除く）　　人	配偶者 ※（有・無）	配偶者の扶養義務 ※（有・無）

※印のところは、該当するものを○で囲む。

私は、受験区分欄に記載した職種の採用試験を受験したいので申し込みます。

なお、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おりません。

また、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。

平成　　年　　月　　日

氏名　　印