

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 — — E-mail:			左記以外の連絡先 携帯電話・その他(—)		
履 歴	学 歴	昭和・平成	年	月から	中学校	卒
		昭和・平成	年	月まで		
		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		在 ・ 中 退 卒見 ・ 卒
		平成・令和	年	月まで		
	平成・令和	年	月から		在 ・ 中 退 卒見 ・ 卒	
	平成・令和	年	月まで			
	平成・令和	年	月から		在 ・ 中 退 卒見 ・ 卒	
	平成・令和	年	月まで			
	職 歴	昭和・平成	年	月から		
		昭和・平成	年	月まで		
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			
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。

必ず自署してください。→

令和 年 月 日

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							