

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	言語聴覚士	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		
	E-mail:				携帯電話・その他(—)	
履 歴	学 歴	平成・令和	年	月から	高等学校・中等教育学校	卒
		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		
	職 歴	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		
		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。

令和 年 月 日

必ず自署・押印してください。→ 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							