

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(専攻医)	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	昭和・平成	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 携帯電話・その他(—)			
	E-mail:						
履 歴	学	昭和・平成	年	月から	中学校	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			
		平成・令和	年	月まで			
	平成・令和	年	月から				
	平成・令和	年	月まで				
	歴	職	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 科 お よ び 志 望 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							