

地方独立行政法人明石市立市民病院
職員採用試験申込書

				受験番号				写真 縦 4 cm×横 3 cm 申込以前 6 ヶ月 以内に撮影のもの		
ふりがな				性別		試験区分				
氏 名				男・女		医療ソーシャル ワーカー				
生年月日		S・H 年 月 日 (歳)								
現 住 所		〒 ー Tel () ー								
連 絡 先		〒 ー mail @								
学 歴	学校名		学部		学科		在学期間		修学年数等	
	中 学 校						自 年 月 日 至 年 月 日		3 年制	卒業
							自 年 月 日 至 年 月 日		年制	卒業・中退 卒業見込
							自 年 月 日 至 年 月 日		年制	卒業・中退 卒業見込
							自 年 月 日 至 年 月 日		年制	卒業・中退 卒業見込
職 歴	勤務先		所在地		担当内容		在職期間			
							自 年 月 日 至 年 月 日			
							自 年 月 日 至 年 月 日			
							自 年 月 日 至 年 月 日			
資 格 免 許	名称		取得年月日		他に受験している病院等		①[]			
			年 月 日				合否の時期 月 日頃			
			年 月 日				②[]			
			年 月 日				合否の時期 月 日頃			
						③[]				
						合否の時期 月 日頃				
身体障害		有 ・ 無 種 級 部位 ()								
配偶者の有無		有 ・ 無		配偶者の扶養義務		有 ・ 無		扶養人数 ※配偶者を除く		人

〔記入上の注意〕

- 記入はすべて本人の自筆により、黒ボールペン又は黒インクを使い、丁寧に記入してください。
- 受験番号欄を除いて、該当する全ての欄に記入してください。
- 記載内容に不正があると明石市立市民病院職員として採用される資格を失うことがあります。

申込書②