

平成30年度 大崎市病院事業職員採用試験 受験申込書

試験区分	障がい者 初級試験 (高校卒程度)	試験の種類	行政	※受験番号	平成 年 月 日 撮影 写 真	
ふりがな 氏 名		生年月日・性別 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 平成 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 女			①写真の裏に名前を記入し、裏全体にのりをつけてこの欄に貼ってください。 ②写真は申込前6ヶ月以内に脱帽正面向き、上半身を撮ったタテ4cm×ヨコ3cmのもので本人と確認ができるものが重要です。 ③写真を貼っていない場合、又は不鮮明その他受験写真として適当でない場合は受理しません。	
現住所	(郵便番号 -) (同居先 方) (電話 - -) ◇第1次試験結果を現住所以外の場所に通知してほしい方は下記[]に記入してください。 []					
学歴 学校名	学部・学科・専攻	所在地	在学期間	卒・卒見込等別	資 格 ・ 免 許	
					名 称	取得(見込)年月
現在(最終)			年月 年月 ~	卒・卒見 学 年 修了 中 退		年 月
その前			年月 年月 ~	卒・卒見 学 年 修了 中 退		年 月
その前			年月 年月 ~	卒・卒見 学 年 修了 中 退		年 月
職 歴	<input type="checkbox"/> 就職している。(したことがある。)[下段に記入してください]			<input type="checkbox"/> 就職したことがない。		
勤務先	部課・職務内容	所在地・電話番号	在職期間			
現在(最終)			年月 年月 ~			
その前			年月 年月 ~			
次の質問に答えてください。 ①受験案内1-(2)-②に該当しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ②受験案内1-(2)-③に該当しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ③受験案内1-(2)-⑤に該当しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

(裏面の記入心得を参照のこと)

記 入 心 得

- (1) ※欄を除くすべての欄にもれなく自筆で記入してください。該当する口の中にはレ印を，該当する事項は○で囲んでください。
- (2) 記入はすべて青又は黒インク若しくはボールペンを用い，ていねいに書いてください。数字は算用数字で書いてください。
- (3) 氏名及び生年月日は，正確に記入してください。
- (4) 住所は，寮・アパート等の場合はその名称・部屋番号まで，下宿等の場合には同居先を必ず記入してください。
また，電話のある場合には，その局番（又は局名）・番号を記入してください。
- (5) 学歴（各種学校を除く），新しいものから順に記入してください。なお，学校の所在地については，市区町村名まで記入してください。
- (6) 資格・免許は，その名称・取得（見込み）年月を記入してください。
- (7) 職歴は，今までの一切の勤務上の経験（自家営業，通学しながらの勤務及びアルバイトを含む）を，その一つずつについて最近のものから順に漏れなく記入してください。勤務先の所在地については番地まで詳しく書いてください。
欄が不足する場合は，適当な用紙を補充して記入してください。
なお，部・課名及び職務内容は，その勤務先における最終のものを記入してください。