

# 大崎市病院事業会計年度任用職員採用試験 受験申込書

令和 年 月 日現在

|               |                                                                                                                                                 |      |          |              |                                                          |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|--------------|----------------------------------------------------------|
| 職 種           | 事務補助<br>(健康管理セン<br>ター ①)                                                                                                                        | 受験番号 | *        |              |                                                          |
| ふりがな          |                                                                                                                                                 |      | 生年月日・年齢  |              | 性別                                                       |
| 氏 名           |                                                                                                                                                 |      | 昭和<br>平成 | 年 月 日生 (満 歳) | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |
| 現 住 所         | (〒      —      )<br>(電話番号      —      —      ) (      様方)                                                                                       |      |          |              |                                                          |
| 連 絡 先         | ◇現住所以外に電話連絡・合否結果通知を希望する場合のみ記入してください。<br>(〒      —      )<br>(電話番号      —      —      ) (      様方)                                               |      |          |              |                                                          |
| 次の質問に答えてください。 |                                                                                                                                                 |      |          |              |                                                          |
| 問 1           | 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるま<br>での人に該当しますか。<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                            |      |          |              |                                                          |
| 問 2           | 大崎市病院事業において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から 2 年を経過しない人に該<br>当しますか。<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                               |      |          |              |                                                          |
| 問 3           | 日本国憲法施行の日以降において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊する<br>ことを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人に該当しますか。<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |      |          |              |                                                          |

(下記の記入心得を参照のこと)

## 記 入 心 得

- (1) 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、丁寧に書いてください。  
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) \* 欄への記入は不要です。