

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 (健康管理セン ター ②)	受験番号	*		
ふりがな			生年月日・年齢		性別
氏 名			昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	☐ 男 ☐ 女
現 住 所	(〒 —) (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。 (〒 —) (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 での人に該当しますか。 ☐ はい ☐ 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 当しますか。 ☐ はい ☐ 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 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。 ☐ はい ☐ 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。