

# 令和6年度 五島地域病院職員採用試験受験申込書

受験番号 ※	試験職種	一般事務	写真欄		
ふりがな			性別	生年月日	※写真は申込前6ヶ月以内に撮影したもので、上半身(正面向き)を写した縦4.0cm横3.0cm程度の本人と確認できるものが必要です。  写真は申込みの際に必ず貼ってください。
氏名			男・女	昭和・平成 年 月 日生 (令和7年4月1日現在 満 歳)	
〒 ー ー ー ー ー ー 現住所				( 様方)	
電話番号		携帯番号		<b>記入心得</b>	
(上記住所と異なる場合のみ記入してください。)					4 3 2 1
〒 ー ー ー ー ー ー 合格通知書送付先				記載事項に不正があつた場合は、採用される資格を失うことがあります。	※欄は記入しないでください。  □は該当するものをチェックしてください。  インクまたはボールペンで丁寧に漏れがないように楷書で記入してください。
電話番号		携帯番号			
学歴(中学校以上を記入)	学校名	学部・学科名	在学期間	修学区分	
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
職歴	勤務先の名称	職種等	職務内容	在職期間	
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月(在職中・退職)	
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月(在職中・退職)	
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月(在職中・退職)	
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月(在職中・退職)	
資格・免許	免許・資格の種類		取得年月日		
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
志望動機、自己PRなど			特技・趣味、好きな学科、スポーツ・文化活動等		
扶養家族数(配偶者を除く) 人		配偶者 有・無		配偶者の扶養義務(配偶者有の場合) 有・無	
私は、上記の採用試験を受験したいので申込みます。 なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。				受付印	
令和 年 月 日				※	
氏名(自署)			印		