

平成29年度実施 苫小牧市立病院職員採用試験受験申込書

受 験 番 号	(記入しないでください)	性 別	身体の障害	写 真 (1) 縦4cm横3cm (2) 申込前6月以内の写真(眼鏡使用者は眼鏡着用のもの) (3) 写真の裏面に氏名を記入してからはりつけ
		男 ・ 女	あ る ・ な い	
受 験 職 種		歯科衛生士		
フリガナ		生 年 月 日		
氏 名		昭和 平成	年 月 日	
現 住 所	〒 (方) 電話 — — 携帯電話 — —			
連 絡 先	〒 (方) 電話 — —			※申込者との関係
学 歴 (中学卒業後の学歴から順に最終学歴まで記載すること。裏面にも記載可能です。)				
学 校 名	学部・学科	所在地	在学期間	卒業等の別
			年 月 から 年 月 まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校
			年 月 から 年 月 まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校
			年 月 から 年 月 まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校
			年 月 から 年 月 まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校
職 歴 (裏面にも記載可能です。)				
勤 務 先	所在地	仕事の内容	在職期間	勤続期間
			年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 間
			年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 間
			年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 間
			年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 間
			年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 間
資 格 ・ 免 許	資格・免許の名称		資格・免許の番号	取得年月日
私は、地方公務員法第16条の欠格事項のいずれにも該当していません。また、この申込書(裏面含む)に記載した事項及び印刷されている事項は、事実と相違ありません。				
平成 年 月 日 氏 名				
注 意 事 項	1. 身体障害者手帳をお持ちの方は、手帳の写しを添付してください。 2. 事実と異なる記載があるときは、市職員として採用される資格を失うことがあります。また、採用された後においても免職されることがあります。 3. 応募書類は返却いたしません。(責任廃棄)			

※必ず両面で印刷してください。

学 歴（中学卒業後の学歴から順に最終学歴まで記載すること。）				
学 校 名	学部・学科	所在地	在学期間	卒業等の別
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校

職 歴				
勤 務 先	所在地	仕事の内容	在職期間	勤続期間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間

資 格 ・ 免 許	資格・免許の名称	資格・免許の番号	取得年月日

※表面の欄に収まらない場合は、裏面の欄に記入してください。