草加市立病院職員採用試験申込書

試験区分	
受験番号	※

写　真
・たて３．５㎝ ・よこ３．０㎝ ・３ケ月以内撮影 ・上半身正面向き脱帽

ふりがな 氏　名	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生　（　　歳）
ふりがな 現住所	 郵便番号　　電話
ふりがな 連絡先	 郵便番号　　電話 （現住所以外に連絡先を希望する場合）

学　歴

学校名	学部・学科名	在学期間	区分(○で囲む)
高等学校		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで	卒業・修了 中退・卒業見込
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで	卒業・修了 中退・卒業見込
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで	卒業・修了 中退・卒業見込
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで	卒業・修了 中退・卒業見込
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで	卒業・修了 中退・卒業見込

職　歴

勤務先(部・課まで)	所在地	在職期間	職務内容	雇用形態
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで		正社員 その他
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで		正社員 その他
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで		正社員 その他
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで		正社員 その他
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで		正社員 その他
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで		正社員 その他
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで		正社員 その他
		昭･平　年　月から 昭･平　年　月まで		正社員 その他

資格・免許等

種類・名称	取　得　年　月　日
	昭・平　　年　　月
	昭・平　　年　　月
	昭・平　　年　　月
	昭・平　　年　　月

趣味・特技・自己ＰＲ等

草加市立病院職員を志望する動機

私は、地方公務員法第１６条に定める欠格条項に該当しません。
また、上記の記載事項に相違ありません。

平成　　年　　月　　日

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
必ず自署のこと

＜記載上の注意＞
1　※欄以外はすべて受験者本人が記入してください。
2　試験区分欄には受験を希望する区分を必ず記入してください。
3　記入事項に不正があると職員として採用される資格を失うことがあります。