

三田市民病院任期付職員

採用試験受験申込書

※該当欄には、自筆で必ず黒インキ又は黒ボールペンで正確かつ、明瞭に記入してください。

受験職種	※受験番号
事務職員	

ふりがな

本人氏名

平成 年 月 日 生 (年) 男 ・ 女
昭和

住所(通知の際の連絡先)

郵便番号 一 携帯電話(必須) () -
自宅電話 () -

※日中つながる電話番号を記入ください

不在時連絡先(住所と異なる場合のみ)

郵便番号 一 電話 () -

写真

(タテ4.5cm×ヨコ3.5cm)

・申込前、3ヶ月以内に撮ったもの

・無帽、上半身、正面から撮影

受付印

【受付印なしは無効】

学歴	学校名	学部・学科名	制度	在学期間					修学区分
				昭・平・令	年	月	日	から	卒業・卒見
			年制	昭・平・令	年	月	日	まで	修了・中退
			年制	昭・平・令	年	月	日	から	卒業・卒見
			年制	昭・平・令	年	月	日	まで	修了・中退
			年制	昭・平・令	年	月	日	から	卒業・卒見
			年制	昭・平・令	年	月	日	まで	修了・中退
			年制	昭・平・令	年	月	日	から	卒業・卒見
			年制	昭・平・令	年	月	日	まで	修了・中退
職歴	勤務先			在職期間					職務内容
				昭・平・令	年	月	日	から	
				昭・平・令	年	月	日	まで	
				昭・平・令	年	月	日	から	
				昭・平・令	年	月	日	まで	
				昭・平・令	年	月	日	から	
				昭・平・令	年	月	日	まで	
資格・免許	取得年月日				名称				
	昭・平・令 年 月 日								
	昭・平・令 年 月 日								
	昭・平・令 年 月 日								

①当院の事務職を志望する理由。

②特技、表彰等があれば記載してください。

③これまでの経歴や知識を三田市民病院でどのように活かしたいですか。

(実務経験者は実績を踏まえたうえで記載してください。)

④ほかに応募している企業等はありますか。

⑤このスペースを自由に使い、あなたしさを表現してください。(図、イラスト、写真等も使用可。立体不可。)

次の質問に答えてください。

- ア 刑事事件について起訴、逮捕又は取り調べを受けたことがありますか。 (はい・いいえ)
イ 禁錮以上の刑に処せられたことがありますか。 (はい・いいえ)

私は当該受験案内に記載してある全ての内容について承諾します。

また、私は当該受験資格を全て満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日 氏名:

_____ (必ず自署してください)

【記入上の注意】

- 1 太枠内の該当欄は、すべて記入してください。(該当のない場合は「なし」と記入してください。)
- 2 数字はアラビア数字を使ってください。
- 3 記載事項に不正がありますと採用される資格を失うことがあります。
- 4 該当欄には、自筆で必ず黒インキ又は黒ボールペンで正確かつ、明瞭に記入してください。