

雄武町職員採用試験申込書(医療職)

＜写真貼付欄＞

①写真は6カ月以内に撮影したものがが必要です。  
②大きさは、縦4cm、横3cmです。

ふりがな

氏 名

昭和・平成      年      月      日生（満      歳）※男・女

ふりがな

現 住 所

連絡先(実家)

メールアドレス

(電話)

(携帯電話)

(電話)

学 校 名

学 部・学 科 名

在 学 期 間

修 学 年 限

修 学 区 分

学 歴

中 学 校

自：      年      月      至：      年      月      3 年      卒 業

自：      年      月      至：      年      月      年      卒・卒見・中退

自：      年      月      至：      年      月      年      卒・卒見・中退

自：      年      月      至：      年      月      年      卒・卒見・中退

勤務先(携わっていた業務内容)

在 職 期 間

雇 用 形 態

所在地(市町村まで)

退 職 理 由

職 歴

(      )

自：      年      月      至：      年      月      □正社員  
□その他(      )

(      )

自：      年      月      至：      年      月      □正社員  
□その他(      )

(      )

自：      年      月      至：      年      月      □正社員  
□その他(      )

(      )

自：      年      月      至：      年      月      □正社員  
□その他(      )

名 称

取得年月日

名 称

取得年月日

資 格・免 許

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

志望の動機

目指す職員像

(採用された場合、取り組みたい仕事と、どのような職員を目指すのか書いてください。)

得意の学科

あなたが認める長所

自己PR(自由記載)

趣味  
スポーツ  
特 技

あなたが認める短所

健康状態

扶養家族・配偶者

1 何か身体上の障害はありますか。      有(      )・無  
2 過去に大きな病気をしたことがありますか。      有(      )・無  
3 現在治療中の病気はありますか。      有(      )・無  
※「有」の場合には、(      )内に具体的に記入してください。

扶養家族(配偶者除く)

配偶者

配偶者の扶養義務

人      有      ・      無      有      ・      無

私は、日本国籍を有し、雄武町職員採用試験受験案内に記載されている受験資格を満たしており、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しておりません。また、この申込書に記載した事項は事実と相違ありません。

令和      年      月      日

申込者氏名      (本人自署)

- 記載上の注意
- ①鉛筆以外の黒の筆記具(インク又はボールペン)で書いてください。  
②数字は算用数字で、文字は楷書でていねいに書いてください。  
③記載事項に不正があるときは、採用資格を失うことがあります。

※この資料は、雄武町職員採用試験以外には使用しません。