

鳥取市立病院会計年度任用職員（医師事務作業補助者）受験申込書

写 真
 この枠内で
 収まる大きさ
 (縦4cm×横3cm以上)
 (6ヵ月以内に撮影したもの)

A4用紙に両面印刷してください。
 (注1) 記入は、黒又は青のボールペンを使用すること。
 (注2) ※の項目は該当するものを○で囲むこと。

試 験 区 分 (○で囲ってください)	医師事務作業補助者		
ふ り が な 氏 名			
生 年 月 日 (令和2年12月1日 現在の年齢)	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	※性 別	男・女
現 住 所 (アパート名や部屋番号 なども記入)	〒 _____ TEL _____ (連絡の取れる電話番号)		
試験結果送付先住所 (現住所と同じ場合は、記 入の必要はありません)	〒 _____ TEL _____ (連絡の取れる電話番号)		
学歴及び 職歴	学校名または勤務先	※期 間	
		自	昭・平・令 年 月
		至	昭・平・令 年 月
		自	昭・平・令 年 月
		至	昭・平・令 年 月
		自	昭・平・令 年 月
		至	昭・平・令 年 月
		自	昭・平・令 年 月
		至	昭・平・令 年 月
		自	昭・平・令 年 月
		至	昭・平・令 年 月
		自	昭・平・令 年 月
至		昭・平・令 年 月	

資格・免許 受験資格以外のものも可能な限り記入してください	資格の種類	※取得年月
		昭・平・令 年 月
		昭・平・令 年 月
		昭・平・令 年 月
		昭・平・令 年 月

志望動機を記入してください。

働き方についての特記事項

(働き方について配慮が必要な内容等、特記事項があれば記入してください)

署名欄

私は、鳥取市立病院会計年度任用職員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条各号のいずれにも該当していません。
 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

令和2年 月 日

氏名 (自署) _____

《記入要領》

- 1 A4用紙に両面印刷してください。
- 2 提出書類に虚偽の記載があると、合格しても採用されないことがあります。
- 3 記入は、黒又は青のボールペンをうい、楷書でていねいに記入してください。
- 4 ※の項目は該当するものを○で囲んでください。
- 5 署名欄は、受験者本人が記入してください。
- 6 受験申込みは、一人1職種に限ります。試験区分は、正確に記入してください。
- 7 学歴及び職歴が書ききれない場合は、用紙をコピーして使用してください。