

令和7年度 新宮市立医療センター職員採用試験申込書

				* 受験番号	
私は、上記試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。 令和 年 月 日 氏 名				(写 真) 3ヶ月以内撮影 脱帽・上半身 正面向 縦4cm×横3cm	
受 験 区 分	A. 薬剤師 B. 臨床検査技師 C. 言語聴覚士 D. 理学療法士 E. 臨床工学技士				
ふ り が な 氏 名					
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 生 (満 歳)				
ふ り が な 現 住 所				〒 - 電話 () -	
ふ り が な 連 絡 先				〒 - 電話 () -	
学 歴	学 校 名	学 科 名	所 在 地	修 学 期 間	
	中 学 校			自 年 月 至 年 月	卒 業
	高等学校			自 年 月 至 年 月	在 学 中 卒業・中退
	専門学校			自 年 月 至 年 月	在 学 中 卒業・中退
	短期学校			自 年 月 至 年 月	在 学 中 卒業・中退
	大 学			自 年 月 至 年 月	在 学 中 卒業・中退
				自 年 月 至 年 月	在 学 中 卒業・中退

※A3用紙で印刷し記入すること

職 歴	勤 務 先	在 職 期 間	職 務 内 容	
		年 月 ～ 年 月		
		年 月 ～ 年 月		
		年 月 ～ 年 月		
		年 月 ～ 年 月		
資 格 等	名 称	取得年月	名 称	取得年月日
(趣味・特技)				
(志望動機)				

- (記入要領)
- 1

記載事項に不正があると受験が無効となる場合があります。

申し込みをするときは、試験要領をよく読んだうえで記入して下さい。
- 2

受験番号を除くすべての欄に漏れなく記入して下さい。
- 3

連絡先は、通信連絡が確実に伝わる連絡先（父母等の居住地等）を記入して下さい。

なお、現住所と同じ場合は記入の必要はありません。
- 4

職歴は古い順に書いて下さい。自営業も含みます。なお、就職のしたことのない方は斜線を引いて下さい。