

平成26年度 市立舞鶴市民病院職員採用試験申込書

※受付番号

写真添付欄

受験種別	<input type="checkbox"/> 理学療法士			写真は申込前3箇月以内に脱帽、正面向き、上半身を撮った縦5cm、横4.5cmのものをこの欄に貼ってください。
ふりがな		性別		
氏名		男・女		
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
現住所	〒 - 電話：( ) -			
緊急連絡先 (家族住所等)	〒 - 氏名： 電話：( ) -			
学 歴	学校名	学部・学科	在学期間	卒業等の別
	最終		年 月～ 年 月 ( 学年)	卒業・卒業見込・中退
	その前		年 月～ 年 月 ( 学年)	卒業・卒業見込・中退
	その前		年 月～ 年 月 ( 学年)	卒業・卒業見込・中退
	その前		年 月～ 年 月 ( 学年)	卒業・卒業見込・中退
職 歴	勤務先		職務内容	在職期間
	最終(現在)			年 月～ 年 月
	その前			年 月～ 年 月
	その前			年 月～ 年 月
	その前			年 月～ 年 月
資格・免許				
私は、市立舞鶴市民病院職員採用試験を受験したいので申し込みます。 私は、地方公務員法第16条に該当していません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違はありません。  本人署名： _____				

■記入上の注意

1. 記入事項に虚偽または不正があると、職員として任用される資格を失うことがあります。
2. ※印以外の欄はもれなく自筆で記入してください。
3. 記入は黒のペン又はボールペンを用い、楷書で丁寧に書いてください。
4. 数字は算用数字を用いてください。該当する事項は○で囲んでください。
5. 学歴は中学校以上を記入してください。
6. 学歴の「学部・学科」欄について、大学は学部名・学科名まで、高校は学科名まで記入してください。