新宮市立医療センター会計年度任用職員採用申込書

私は、右記の職種を希望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該当しておりません。 年　　月　　日 ふりがな 氏　名　　㊞		受験申込職種 ※いずれかに〇印 ▼会計年度任用職員 助産師・看護師・准看護師 看護師（短時間）・准看護師（短時間） ナースエイド 臨床検査技師 事務員（病棟クラーク）	
		性　別	男　・　女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		満　　歳
ふりがな 現住所	〒　　ー TEL		
ふりがな 連絡先	〒　　ー TEL		
・当院での勤務経験　有（　　年　月　日～　　年　月　日）　・　無			
・受検申込職種での他医療機関での勤務経験　有（　　年　月　日～　　年　月　日）・　無			
備　考			
・採用面接にかかる不都合日時（あれば記入）			

（記入上の注意事項）

1　記載事項に不正があると採用が無効になります。
2　すべての欄に漏れなく記入してください。
3　記入は全て自筆で黒インキ又は黒ボールペンを用い楷書で書いてください。
4　連絡先は連絡が確実に伝わる連絡先を記入してください。なお、現住所と同じ場合は記入の必要はありません。

受付印