

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いません。		受験申込職種 ※いずれかに○印 ▼会計年度任用職員 助産師・看護師・准看護師 ナースエイド 臨床検査技師 補助員(テクニカルパートナー)【薬剤部】	
年 月 日		性別	男・女
ふりがな 氏名	(印)		
生年月日	昭和・平成	年	月 日
			満 歳
ふりがな 現住所	〒 —		
	TEL		
ふりがな 連絡先	〒 —		
	TEL		
・当院での勤務経験 有(年 月 日～ 年 月 日) ・ 無			
・受験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う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