芦別市病院事業職員採用試験申込書

志望試験区分			
ふりがな		生年月日（和暦）	昭和・平成　年　月　日生（満　歳）
氏　名			
現住所	ふりがな 〒（　　－　　） 電話番号（　　）　－　　携帯電話　－　－		
現住所以外の連絡先	ふりがな 〒（　　－　　） 電話番号（　　）　－　　（　　方呼出）		

写　真

1．縦　4㎝位
　横　3㎝位
2．本人単身胸から上
3．裏面のり付け
4．6ヶ月以内に撮影したもの

	学校名（学部・学科等名）	在学期間	区分
現在又は最終学歴	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで	□卒業　□卒業見込 □修了　□修了見込

□就職したことがない。　□就職している（したことがある）→下欄に記入してください。

職歴	勤務先（所在地）	在職期間	業種・職務内容等	退職事由
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　雇
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　雇
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　雇

賞罰		
	年　月	
	年　月	
	年　月	

免許資格	名　称	取得年月日	名　称	取得年月日
		年　月　日		年　月　日
		年　月　日		年　月　日
		年　月　日		年　月　日

特記事項（志望理由、自己紹介、特技、趣味、部活動等）	

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

芦別市病院事業管理者　様

氏　名

裏面の注意事項をご確認ください

注　意　事　項

１．ペン又はボールペン（摩擦熱によりインクが退色するものは不可）を使用し、自筆で正確かつ丁寧に記入してください。

２．障害者手帳をお持ちのかたは、手帳の写しを添付してください。（任意）

３．「職歴」欄は、無職の場合は「無職」と記入。在職している場合は「在職中」と記入してください。

４．記入欄が不足する場合は、別紙を使用してください。

５．**事実と異なる記載があるときは、病院事業職員として採用される資格を失うことがあります。**

また、採用された後においても免職されることがあります。

芦別市病院事業職員採用試験申込書（別紙）

ふりがな	
氏　　名	

	勤務先（所在地）	在　職　期　間	業種・職務内容等	退職事由
職　　歴	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　　雇
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　　雇
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　　雇
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　　雇
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　　雇
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　　雇
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　　雇
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　　雇
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　　雇
	（　　）	年　月　日から 年　月　日まで		□自己都合 □期間満了 □解　　雇

賞　　罰	年　月	
	年　月	
	年　月	
	年　月	
	年　月	

免許資格	名　　称	取得年月日	名　　称	取得年月日
		年　月　日		年　月　日
		年　月　日		年　月　日
		年　月　日		年　月　日
		年　月　日		年　月　日
		年　月　日		年　月　日