

平成30年度市立福知山市民病院
職員採用試験受験申込書写
真
(40×30)

正

ふりがな			受験番号	
氏名				
生年月日等	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	性別	男・女	
現住所(何々方まで詳しく記入すること。)				
〒() TEL() -				
上記以外の連絡場所(現住所以外に連絡を希望する場合に記入すること。)				
〒() TEL() -				
受験票等の送付先(上記のうちいずれかにを) .				
試験区分	1. 視能訓練士			
免許・資格	取得年月日	免許・資格名		
	昭・平 年 月 日			
	昭・平 年 月 日			
	昭・平 年 月 日			
学歴(予備校・専門学校についても記入すること。)				
学校名	学部・学科	所在地	在学期間	修学区分
中学校	-		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒業見込 卒業
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒業見込 卒業 中退
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒業見込 卒業 中退
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒業見込 卒業 中退
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒業見込 卒業 中退
職歴(現在勤務している場合は、備考欄に「現在」と記入すること。)				
勤務先	職務内容	所在地	在職期間	備考
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
私は、市立福知山市民病院職員採用試験を受験したいので申し込みます。 この受験申込書の記載内容は事実と相違ありません。 なお、私は地方公務員法第16条の各号に該当していません。				
平成 年 月 日 本人署名 _____				