国民健康保険南丹病院組合職員採用試験申込書

年　　月　　日

受験職種	

受験番号（病院記載欄）	

写真添付
（縦４㎝×横３㎝）
申込み前６ヶ月以内に無帽・上半身・正面向きで撮影した本人と確認できるもの

ふりがな	性別※	生年月日
氏　　名		昭和・平成　　年　　月　　日生 （満　　歳）

ふりがな

現　住　所（居所）　〒　　－

Tel（　　）　Mail（　　）

ふりがな

連　絡　先　〒（　　－　　）＊上記以外に連絡を希望する場合のみ記入

Tel（　　）

学　歴　**＊高等学校から順に記入**

学　校　名	学部学科名	所　在　地	在学期間	修学区分
			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒業見込 卒業・中退
			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒業見込 卒業・中退
			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒業見込 卒業・中退
			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒業見込 卒業・中退

職歴の有無 有　・　無	有の方　→　下記職歴欄に記入の上、別添①「職務経歴書」を提出すること 無の方　→　別添②「自己 PR シート」を提出すること ＊社会人経験を持つ学生の方は下記の職歴欄に記入の上、自己 PR シートを提出すること

職　歴

勤務先	在籍期間	勤務先	在籍期間
1	昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	4	昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで
2	昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	5	昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで
3	昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	6	昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで

資格・免許等

取得年月日	資格・免許等の名称
昭・平・令　年　月　取得・取得見込	
昭・平・令　年　月　取得・取得見込	
昭・平・令　年　月　取得・取得見込	
昭・平・令　年　月　取得・取得見込	

京都中部総合医療センター
Kyoto Chubu Medical Center

＊裏面あり

私は、国民健康保険南丹病院組合職員採用試験を受験したいので申し込みます。
なお、私はこの試験に必要な受験資格をすべて満たしております。
また、提出書類記入事項について相違ないとともに、地方公務員法第 16 条の各号に該当しておりません。

令和　　年　　月　　日

本人署名　　㊞

（記入上の注意）

1. 提出書類の記入事項に不正があると職員任用の資格を失います。
2. ※「性別」欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。
3. 記入はすべてボールペン（黒）を用い、楷書で丁寧に書いてください。
   数字は算用数字を用い、ふりがなはひらがなで記入してください。
   印刷は白黒、カラーを問いません。
4. 選択する箇所は〇で囲んでください。
5. 採用試験申込書と併せて学業成績証明書、卒業証明書（又は見込証明書）、免許証の写し（経験者）等の必要書類をご提出ください。提出がない場合は申し込みを受理できません。
   なお必要書類の詳細につきましては各職種の募集要項をご確認ください。
   ＊学年の理由で卒業見込証明書が発行できない方は「在学証明書」をご提出ください。
6. この申込書を郵送する場合は、封筒の表に「採用試験申込」と朱書し、必ず簡易書留にて送付してください。
7. 申し込みの際は、返信用封筒（長形 3 号封筒、色指定無）を同封してください。
   ＊宛先を明記し、460 円分（定形郵便+簡易書留）の切手を貼付してください。