国民健康保険南丹病院組合会計年度任用職員申込書

年　　月　　日

管理者　　西村　良平　　様

下記のとおり国民健康保険南丹病院組合会計年度任用職員に申し込みます。

希望職種	

写真添付
（縦４㎝×横３㎝）
申込み前 3 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・年齢
氏　　名　　㊞		昭和・平成　　年　　月　　日生 （満　　歳）

ふりがな
住　　所　　〒（　　－　　） ＴＥＬ（　　）

学　歴

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

勤　務　先	職務内容	所　在　地	在職期間	雇用形態
			昭・平・令　　年　　月から 昭・平・令　　年　　月まで	・正規 ・非正規
			昭・平・令　　年　　月から 昭・平・令　　年　　月まで	・正規 ・非正規
			昭・平・令　　年　　月から 昭・平・令　　年　　月まで	・正規 ・非正規
			昭・平・令　　年　　月から 昭・平・令　　年　　月まで	・正規 ・非正規
			昭・平・令　　年　　月から 昭・平・令　　年　　月まで	・正規 ・非正規

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

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

志望動機

ご自身が得意と思う業務内容　（記載例　PC 業務　ワードによる文書作成）

ご自身が不得意と思う業務内容　（記載例　電話対応・患者対応）

ご自身のアピールポイント　（自由にご記載ください）

備　考　（勤務時間、希望記入欄　特に希望があれば記入してください）

（記入上の注意）

1．記入事項に不正があると会計年度任用職員として任用される資格を失うことがあります。

2．扶養の範囲で働きたい等、希望がある場合は、必ず備考欄にその旨記載してください。

3．この申込書及び提出書類（資格を有する証明書の写し等）については、面接等終了後も返却いたしませんのでご了承ください。返却を希望される場合は、お申し出ください。