

2025 年度
市立青梅総合医療センター職員採用試験申込書

※ 受付	
---------	--

※受験番号	—
-------	---

試験日	新卒	A 2025年4月12日(土) B 2025年5月10日(土) C 2025年6月14日(土) ※受験を希望する試験日を ○で囲んでください	受験職種	助産師・看護師	写 真 上半身正面脱帽 (5cm×4cm)
ふりがな				性別	
氏名				男・女	
生年月日	年 月 日			満 歳	
ふりがな					
現住所	(〒 —)				
連絡先	電話番号	— —		左記以外の連絡先	(—)
	E-mail:			携帯電話・その他	
履	学	年 月から 年 月まで	中学校		卒
		年 月から 年 月まで			在・中退 卒見・卒
		年 月から 年 月まで			在・中退 卒見・卒
		年 月から 年 月まで			在・中退 卒見・卒
		年 月から 年 月まで			在・中退 卒見・卒
歴	職	年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
歴	歴	年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			

注 ※印欄は、記入しないでください。

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

趣味	
所属クラブ等	
特技	
志望の動機	

扶養親族数 (配偶者を除く)	人	配偶者	有・無	配偶者の 扶養義務	有・無
-------------------	---	-----	-----	--------------	-----

私は、市立青梅総合医療センター職員採用試験を受験したいので申し込みます。
 なお、私は職員採用試験実施要領に掲げてある受験資格を満たしており、この申込書の
 すべての記載事項は事実と相違ありません。

年 月 日

必ず自署してください。→

氏名 _____

※ つぎの欄は、記入しないでください。

窓口 受付	受理者		郵送 受付	郵便局消印	年 月 日	確認者	
備考							