

令和6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 令和6年4月13日(土) B 令和6年5月11日(土) C 令和6年6月 8日(土) D 令和6年7月27日(土)	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	昭和・平成	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 携帯電話・その他(—)				
	E-mail: — —						
履	学	昭和・平成	年	月から	中学校	卒	
		昭和・平成	年	月まで			
	歴			年	月から		在・中退 卒見・卒
				年	月まで		在・中退 卒見・卒
				年	月まで		在・中退 卒見・卒
歴	職		年	月から			
			年	月まで			
			年	月まで			
	歴		年	月から			
			年	月まで			
			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。

令和 年 月 日

氏名 _____

必ず自署してください。→

※ 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	令和 年 月 日	確認者	
備考							