

※受付番号

令和7年度 市立舞鶴市民病院職員採用試験申込書

写真添付欄

受験職種	☐ 看護助手		
ふりがな		性別	
氏 名		男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
現住所	〒 ー 電話：() ー		
緊急連絡先 (家族住所等)	〒 ー 氏名： 電話：() ー		
学 歴	学校名	学部・学科	在学期間
最終			年 月～ 年 月 (学年)
その前			年 月～ 年 月 (学年)
その前			年 月～ 年 月 (学年)
その前			年 月～ 年 月 (学年)
その前			年 月～ 年 月 (学年)
職 歴	勤務先	職務内容	在職期間
最終(現在)			年 月～ 年 月
その前			年 月～ 年 月
その前			年 月～ 年 月
その前			年 月～ 年 月
その前			年 月～ 年 月
資格・免許			
私は、市立舞鶴市民病院職員採用試験を受験したいので申し込みます。 私は、地方公務員法第16条に該当していません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違はありません。 本人署名： _____			

■記入上の注意

1. 記入事項に虚偽または不正があると、職員として任用される資格を失うことがあります。
2. ※印以外の欄はもれなく自筆で記入してください。
3. 記入は黒のペン又はボールペンを用い、楷書で丁寧に書いてください。
4. 数字は算用数字を用いてください。該当する事項は○で囲んでください。
5. 学歴は中学校以上を記入してください。
6. 学歴の「学部・学科」欄について、大学は学部名・学科名まで、高校は学科名まで記入してください。
7. 記入欄が不足する場合は、別紙に記入してください。