

西知多医療厚生組合 職員採用候補者試験申込書

[履歴書]

職 種	※受験番号	※受理年月日	写真をはる位置 30×40 ^ミ 脱帽、正面向上 半身、6月以内 に撮影したもの 年 月撮影
ふりがな			
氏 名			
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (2024年8月31日現在 満 歳)			
ふりがな		電話番号 ()	
現住所 〒 —		—	() 呼出
ふりがな		電話番号 ()	
連絡先 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 〒 —		—	() 呼出

学 歴	学 校 名	学部学科名	在学期間	卒業・見込等の別
	(最終)			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月	卒・中退
			年 月～ 年 月	卒・中退

職 歴	勤 務 先	所在地 (市区町村)	期 間	職 務 内 容
				年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月	(正・臨)
			年 月～ 年 月	(正・臨)

資 格 ・ 免 許	取得(見込)年月日	資格・免許名	取得(見込)年月日	資格・免許名
	年 月 日 取得・取得見込		年 月 日 取得・取得見込	
	年 月 日 取得・取得見込		年 月 日 取得・取得見込	
	年 月 日 取得・取得見込		年 月 日 取得・取得見込	

私は、地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しません。また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

年 月 日 氏名 (自筆) _____

[自己紹介書]

職 種	※ 受 験 番 号	氏 名
興味のある 研究課題等		
クラブ活動 スポーツ・ 文化活動等		
趣 味		
特 技		
自覚している 性 格 (長所、短所)		
志望の動機		
自 己 P R		
健 康 状 態	既往症 なし・あり ()	

※印欄は記入の必要なし