

※記入の際は、消せないボールペンで記入してください。
(消せるボールペンで記入している場合は受付できません。)

試験区分	受験番号

泉大津市立病院会計年度任用企業職員採用試験申込書

受験職種		(令和 年 月 日 現在)
フリガナ		写 真 (タテ4.0cm×ヨコ3.0cm) ・上半身、脱帽、正面 向きで3ヶ月以内に 撮影したもの
本人氏名		
保護者氏名	※申込時において、本人が未成年者の場合のみ記入	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ	
現住所	〒 (-)
電話番号(自宅)	
電話番号(携帯)	
フリガナ	
連絡先	※ 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入 〒 (-)
電話番号	

年 月	学 歴 ・ 職 歴 ※1
年 月	中 学 校 卒 業
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

※1 学歴・職歴欄は、主な学歴・職歴を記入してください。
職歴(学校卒業後のアルバイト、在家庭等も含みます。)は、申込日現在で記入してください。
上記に書ききれない場合は、適宜、別紙を作成して提出してください。

受験番号

氏名

取得（見込）年月	資 格 ・ 免 許
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

〔勤務に際し、質問事項があれば記入してください。〕

〔長所・短所〕

〔趣味・特技〕

〔その他何かあれば記入してください。〕

受験番号

氏名

[あなたが仕事において心掛けていることは何ですか。具体的に記入してください。]

※ この枠内で記入してください。

泉大津市病院事業管理者 様

私は、泉大津市立病院会計年度任用企業職員採用試験要領に記載された勤務条件等の
事項について承諾の上、下記のとおり当該採用試験に申込みいたします。

氏名

印