

国民健康保険和水町立病院 採用試験 申込書

職 種			※受験番号		氏 名（上段：ふりがな）					
☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士										
生年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成		年 月 日生		性別	☐ 男 ☐ 女		国籍	☐ 日本 ☐ 日本以外	
			満 歳							
現住所	郵便番号	-		電話番号	-		-			
書類等 送付先	郵便番号	-		電話番号	-		-			
免許・資格										
名 称				取得(予定)年月						
				年 月		☐取得 ☐取得見込				
				年 月		☐取得 ☐取得見込				
				年 月		☐取得 ☐取得見込				
				年 月		☐取得 ☐取得見込				
学 歴										
学校名		学部	学科・専攻	所在地 市町村名まで	在学期間			卒・在学 等区分		
(最終)					年 月 から 年 月 まで			卒・卒見込 ____ 年在学 ____ 年中退		
(その前)					年 月 から 年 月 まで			卒・卒見込 ____ 年在学 ____ 年中退		
(その前)					年 月 から 年 月 まで			卒・卒見込 ____ 年在学 ____ 年中退		
職 歴										
在職期間				勤務先名 部署						
年 月 日 ～ 年 月 日										
年 月 日 ～ 年 月 日										
年 月 日 ～ 年 月 日										
年 月 日 ～ 年 月 日										

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。また、この申込書に記載した事項に相違ありません。

令和 年 月 日

氏名(自筆)