

周防大島町病院事業局会計年度任用職員登録申込書

ふりがな	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	写真 縦 4cm 横 3cm 上半身・脱帽 写真の裏に氏名記入
氏名	性別		年齢	令和3年4月1日時点		歳	
現住所	〒 -			Tel () -		携帯	
連絡先	(現住所以外の連絡を希望する場合のみ記入)			Tel () -		電話	
希望職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 薬剤科助手 <input type="checkbox"/> 管理栄養士						
受験上必要な資格・免許等	※受験上必要な資格・免許等の写しを必ず添付						
	取得年月			名称・種類			
	年 月						
	年 月						
	年 月						
その他の資格・免許等	取得年月			名称・種類			
	年 月						
	年 月						
	年 月						
	年 月						
志望動機							
自己PR							
趣味・特技等							
その他	※身体上の事情により、受験上配慮してほしいこと						

私は、周防大島町病院事業局会計年度任用職員に登録申し込みを行いたいので、上記の通り申し込みます。

なお、私は地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当しません。

また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

年 月 日

申込者氏名 (自署)