

令和 8 年度
周防大島町病院事業局会計年度任用職員 登録申込書

		令和 年 月 日		<div>写真を貼る位置</div> <div>1. 縦 40mm 横 30mm 2. 本人単身胸から上 3. 裏面にのり付け 4. 裏面に氏名記入</div>
ふりがな				
氏 名				
生年月日	昭和 年 月 日生 令和 8 年 4 月 1 日現在 平成 (満 歳)			
現住所	〒 ー	電話	自宅 ー 携帯 ー	
緊急 連絡先	〒 ー (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	電話	携帯 ー その他 ー	

履 歴

学 歴 (年代の新しいものから順に記入してください)			
学校名	学部学科名等	期 間	○で囲む
		年 月 月 月 年 月 月 月	卒業・卒業見込・中退
		年 月 月 月 年 月 月 月	卒業・卒業見込・中退
		年 月 月 月 年 月 月 月	卒業・卒業見込・中退
職 歴 (年代の新しいものから順に記入してください)			
会社名	業務内容	期間	
		年 月 月 月 年 月 月 月	
		年 月 月 月 年 月 月 月	
		年 月 月 月 年 月 月 月	
		年 月 月 月 年 月 月 月	
		年 月 月 月 年 月 月 月	
		年 月 月 月 年 月 月 月	

免許・資格

取得年月	名称・種類
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

◆登録募集案内の別紙「募集職種一覧」を参照して、記入してください。

1 希望する職種 希望する職種等欄に○を付してください。

フルタイム会計年度任用職員

職種等		職種等		職種等	
<input type="checkbox"/>	薬剤師	<input type="checkbox"/>	作業療法士	<input type="checkbox"/>	管理栄養士
<input type="checkbox"/>	看護師	<input type="checkbox"/>	准看護師	<input type="checkbox"/>	事務員
<input type="checkbox"/>	医師事務作業補助者	<input type="checkbox"/>	病棟クレーク	<input type="checkbox"/>	薬剤科助手
<input type="checkbox"/>	看護補助者				

2 勤務を希望する部署

別紙「募集職種一覧」から希望の勤務先を選択し、以下に記入してください。

	No.	勤務場所	職務内容
第1希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
第2希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
第3希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

志望動機
自己PR
特技・趣味等

私は、登録募集案内に登録資格をすべて満たしており、登録申込書の記載事項に相違ありません。

年 月 日

氏名（自署）