

令和5年度

※対象資格に○印で選択下さい。

橋本市病院職員採用試験申込書

フリガナ		性別	(写真貼付) ・6ヶ月以内撮影 ・脱帽、上半身、正面向 ・縦4.0cm、横3.0cm	職種 ・摂食・嚥下障害看護 ・慢性心不全看護	
氏名		男 ・ 女			
生年月日	昭和 平成		年 月 日 (満 歳)	受験番号	※
現住所	〒 -		電 話	() -	
連絡先	〒 -		電 話	() -	
学 歴	年 月	学 校 名		学部学科名	
	.				
	.				
	.				
職 歴	年・月～年・月	勤 務 先	職 務 内 容	退 職 理 由	
	. ~ .				
	. ~ .				
	. ~ .				
	. ~ .				
	. ~ .				
資 格 ・ 免 許 等	名 称		取 得 年 月 日	取 扱 機 関	
趣味・特技			校内外の 諸活動		
志望動機 自己PR					
私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しません。 また、上記の記載事項は事実と相違ありません。					
令和 年 月 日			氏 名 _____		