

# 北 播 磨 総 合 医 療 セ ン タ ー 職 員 採 用 試 験 受 験 申 込 書

職 種	(ふりがな)	※ 性 別	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>〈写真貼付欄〉</b> </div> <p style="font-size: small;">① 写真は、申し込み前6か月以内に、脱帽、正面向、上半身を撮影したもので、本人と確認できるもの。                  ② サイズ：縦4.5cm×横3.5cm                  ③ 不鮮明なもの、その他受験写真として適当でないものは受付できません。</p>		
歯科衛生士	氏 名	男 ・ 女			
※ 受験番号	生年月日	年 齢 (申込時点)			
	年      月      日	歳			
現住所 〒      —	自宅電話 (      )				
連絡先 〒      —	(現住所以外に連絡や郵送が可能な住所を記入)		携帯電話 (      )		
			メールアドレス		
学 歴	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	在 学 期 間	制 度	修 学 区 分
	中学校		年 月 ~ 年 月	年制	卒業
			年 月 ~ 年 月	年制	卒業・卒見修了・中退
			年 月 ~ 年 月	年制	卒業・卒見修了・中退
職 歴	勤 務 先	所 在 地 (市区町村まで)	在 職 期 間	勤 務 形 態	職 務 内 容
		市区	年 月 から	・常勤	
		町村	年 月 まで	・非常勤	
		市区	年 月 から	・常勤	
		町村	年 月 まで	・非常勤	
		市区	年 月 から	・常勤	
		町村	年 月 まで	・非常勤	
		市区	年 月 から	・常勤	
	町村	年 月 まで	・非常勤		
経験年数	歯科衛生士としての職務経験			年      ヶ月	
免 許 ・ 資 格	職 務 に 関 す る 資 格 ・ 免 許 等 の 名 称			取 得 ( 見 込 ) 年 月	
	歯 科 衛 生 士 免 許			年 月	取得・取得見込
				年 月	取得・取得見込
				年 月	取得・取得見込
	自 動 車 運 転 免 許			年 月	取得・取得見込
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おりません。 また、申込資格を満たしており、申込書の記載事項に相違ありません。					
年      月      日      氏 名      印					
(必ず自署してください。)					

<提出不要> 下記2の場合以外

〔記入上の注意〕

- 1 記入は、すべて本人の自筆により、黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
- 2 原則、この頁は提出不要ですが、記入欄が足りない場合は、続きを下記の欄に記入して提出してください。
- 3 ※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。  
 ※「受験番号」欄：記載は不要です。  
 ※ 該当のない場合は「なし」と記入してください。

地方公務員法第16条（欠格条項）【抜粋】  
 次のいずれかに該当する人は、職員となり、又は競争試験若しくは選考を受けることができません。  
 (1) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者  
 (2) 人事委員会又は公平委員会の委員の職にあって、地方公務員法に規定する罪を犯し刑に処せられた者  
 (3) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

<学歴、職歴、免許・資格> 前頁に記入欄が足りない場合の続き

	職 種	※ 受験番号	(ふりがな)
	歯科衛生士		氏 名
学 歴	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	在 学 期 間 年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
職 歴	勤 務 先	所 在 地 (市 区 町 村 まで)	在 職 期 間 年 月 から 年 月 まで
		市 区	・ 常 勤
		町 村	・ 非 常 勤
		市 区	・ 常 勤
		町 村	・ 非 常 勤
		市 区	・ 常 勤
		町 村	・ 非 常 勤
		市 区	・ 常 勤
		町 村	・ 非 常 勤
		市 区	・ 常 勤
	町 村	・ 非 常 勤	
免 許 ・ 資 格	職 務 に 関 す る 資 格 ・ 免 許 等 の 名 称		取 得 ( 見 込 ) 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

# 面接調書

職 種	※ 受験番号	(ふりがな)
歯科衛生士		氏 名
志 望 動 機	<hr/> <hr/> <hr/>	
受 験 職 種 を 目 指 し た 理 由	<hr/> <hr/>	
自 己 P R	<hr/> <hr/>	
ス ト レ ス 対 処 法	<hr/>	
特 技 ・ 趣 味		
好 き な ス ポ ー ツ		
自 分 で 認 め る 長 所		
自 分 で 認 め る 短 所		

☆ 勤務可能時期	年 月 以降
----------	--------

併願状況	併願の有無	有 ・ 無	併願先の名称	
	併願の内容	他病院 ・ 進学	併願先の結果(状況)	

通勤関係	通勤時間	約 時間 分	通勤手段	自家用車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 電車 ・ バス ・ 徒歩 ・ 他		
扶養関係	扶養家族数 (配偶者を除く)	人	配偶者	有 ・ 無	配偶者の 扶養義務	有 ・ 無
健康状態	・極めて良好      ・良 好      ・やや不良      ・不 良					
	既往症の有無	無 ・ 有 (有の内容 )				