

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		
事 務 職 員		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 〒 ー				自宅電話 () ー		
連絡先 〒 ー (現住所以外に連絡や郵送が可能な住所を記入)				携帯電話 () ー		
				メールアドレス		
学 歴	学 校 名		学部・学科名		在 学 期 間	
	中学校				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	
			市 区		年 月 から	
			町 村		年 月 まで	
			市 区		年 月 から	
			町 村		年 月 まで	
			市 区		年 月 から	
			町 村		年 月 まで	
			市 区		年 月 から	
			町 村		年 月 まで	
			市 区		年 月 から	
		町 村		年 月 まで		
経験年数		一般病床を有する病院での職務経験		年 ヶ月		
		150床以上急性期病院での医事事務の職務経験		年 ヶ月		
免 許 ・ 資 格	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	
					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。

＜学歴、職歴、免許・資格＞前頁に記入欄が足りない場合の続き

[illegible]