

桐生厚生総合病院 職員採用試験申込書				写真貼付場所 (上半身、無帽、正面)			
応募種 職 種	言語聴覚士		受 験 番 号			※	
(フリガナ)							
氏 名				男 ・ 女	撮 影 日		
生年月日	昭 和 平 成	年	月	日	令 和 年 月 日		
住 所	〒 □□□ - □□□□						
	電 話 番 号 : () -						
	メールアドレス :						
連 絡 先	〒 □□□ - □□□□ (住所以外を希望する場合に記入してください)						
	電話番号 () -						
学 歴	中学校から最終学歴(卒業見込みを含む。)まで書くこと(所在地は市町村まで記入)						
学 校 名	学 部 科 名	所 在 地	修 学 期 間		修 学 区 分		
中学校			年 月 ~ 年 月		卒 業		
			年 月 ~ 年 月		卒業・見込・中退		
			年 月 ~ 年 月		卒業・見込・中退		
			年 月 ~ 年 月		卒業・見込・中退		
			年 月 ~ 年 月		卒業・見込・中退		
職 歴	現在までの職業をすべて書くこと(自家営業を含む)				<input type="checkbox"/> 就職したことがない		
勤 務 先	所 在 地	在 職 期 間		職 務 内 容	退 職 の 理 由		
		年 月 ~ 年 月		在 職 年 数			
賞 罰	<input type="checkbox"/> ある (ある場合はその内容を書くこと) <input type="checkbox"/> ない						

クラブ(サークル)活動歴			得意学科
	名 称	ポジションなど	
中学校			特技
高校			
短大・大学			趣味・娯楽・スポーツ
社会人			
配偶者の有無		子の有無	配偶者や子の扶養義務
<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
免許・資格			
取得年月日	名 称		免許・資格などの取扱機関
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
志望の動機			
本人希望記入欄			
<p>私は、日本の国籍を有するとともに、地方公務員法第16条の規定に該当していません。 また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p>			

(注) 地方公務員法第16条の規定は、試験案内の受験資格の欄を参照してください。