

地方独立行政法人奈良県立病院機構職員採用選考

申 込 書

記入日 平成 年 月 日

整理番号	※
------	---

**写真貼付**

○上半身、正面、脱帽  
 ○3ヶ月以内に撮影されたもの  
 ○写真裏面に氏名と受験職種を記入  
 ○縦4cm×横3cm

ふりがな				受験職種	
氏名				有期専門職員 (奈良県医療安全推進センター事務)	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生	(満 歳) 性別
現住所	〒 -				
*都道府県から	電話番号	緊急連絡先(携帯など)			
	メールアドレス				

( 年 月撮影)

学 歴 (高校以後)	在学期間	学校名	学部・学科	修学区分
	年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退

職 歴	在職期間	勤務先の名称	職務内容	雇用形態
	年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )

\* 高校・大学等の正規の修学期間中のアルバイトは除きます。書き切れない場合は別紙を添付してください(任意様式)

運転免許の有無	
<input type="checkbox"/> 有 →	( 種類 ( ) 区分 ( 種 ) )
<input type="checkbox"/> 無	( 年 月取得 )
賞 罰	
<input type="checkbox"/> 有 →	( )
<input type="checkbox"/> 無	( )

その他の免許・資格	
	年 月 取得
	年 月 取得
	年 月 取得
	年 月 取得
	年 月 取得

\* 2 ページ末尾の「記入上の注意」をよく読んで記入してください。

整理 番号	※
----------	---

志望動機


自己PR


勤務について配慮を希望することなど

--

確認書 内容を確認のうえ、署名してください。自署に限ります。

この受験申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

(署名) \_\_\_\_\_

**【記入上の注意】**

- ・ 黒のインク又はボールペンで枠内に入るように記入してください。
- ・ 太枠内の各項目のすべてに具体的かつ簡潔に、不備のないように記入し、該当する□欄にレ印をつけてください。
- ・ ※欄は記載しないでください。
- ・ この申込書の記載内容は、採用選考に関する資料として活用し、それ以外の目的には一切使用しません。