

地方独立行政法人奈良県立病院機構職員採用試験〈司書〉

受験申込書

記入日 年 月 日

受験番号	※
------	---

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

(年 月撮影)

ふりがな				受験職種	
氏名				司書	
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)	- -	
結果通知連絡先	〒 -				
	電話番号	- -	緊急連絡先(携帯など)	- -	
*現住所以外に、採用試験についての連絡を希望する場合のみ、記入してください。					

学歴	在学期間	学校名	学部・学科	修学区分
	年 月 ~ 年 月			
高校以後)	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 <input type="checkbox"/> 無

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

*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。

受験番号	※
------	---

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、□欄にチェックし、署名してください。**自署に限ります。**

<input type="checkbox"/>	私は「試験案内」をよく読み、自分が受験資格を満たしていることを確認しました。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	受験申込書に虚偽があった場合は、受験を取り消されても異議ありません。 (署名) _____

- 《記入上の注意》**
- ・様式は変更しないでください。
 - ・パソコン等による入力可能。(ただし「確認書」欄は必ず自署してください。)
 - 自筆の場合は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。
 - ・この受験申込書の記載内容は、採用試験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。