神戸市民病院機構　職員採用選考申込書

選考職種
□ A □ B

・※印欄以外はもれなく記入してください。

写真欄
（4cm×3cm）

写真の裏面に氏名を記入してください。

※受験番号	1.氏名	2.生年月日（西暦）	3.年齢
	ふりがな 男 女	年　月　日	2021年4月1日現在 歳

4.現住所

〒（　　ー　　）　電話（　　）　　ー　　緊急連絡先（携帯電話等）（　　）　　ー

ふりがな

5.上記以外の連絡先（現住所のみの場合は空欄）

〒（　　ー　　）　電話（　　）　　ー

ふりがな

6.学歴	（学科・課程名）	（所在地(市区町村まで)）	（在学期間）西暦で記入	（年制，卒業（見込）等）
（最終学校名）			年　月から 年　月まで	□卒業 年制 □卒業見込
（その前）			年　月から 年　月まで	年制 卒業
（その前）			年　月から 年　月まで	年制 卒業

7.職歴	（部課名）	（所在地(市区町村まで)）	（在職期間）西暦で記入	（在職・退職）	（雇用形態）	（職務内容）
（最近の勤務先）			年　月から 年　月まで	□在職中 □退職	□正規 □非正規	
（その前）			年　月から 年　月まで	退職	□正規 □非正規	
（その前）			年　月から 年　月まで	退職	□正規 □非正規	
（その前）			年　月から 年　月まで	退職	□正規 □非正規	
（その前）			年　月から 年　月まで	退職	□正規 □非正規	

※今までの職歴（自営業を含む）をすべて記入してください。記入欄が足りない場合は、適当な用紙を補足して書いてください。

8.資格、免許の名称及び取得年月（見込み含む）	私は、応募資格をすべて満たしており、またこの申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。 （必ず本人自署のこと） 年　月　日　氏名	※受付印

これより下は何も書かないでください

・※印欄以外はもれなく記入してください。
・記載事項に虚偽がある場合には、採用を取り消すことがあります。
・お送りいただいた申込書は、当機構で責任を持って破棄致しますので、ご了承ください。