

神戸市民病院機構 職員採用選考申込書

写真欄

(4cm×3cm)

写真票と同一のもの
を申し込み時に必ず貼付
してください。
写真の裏面に氏名を
記入してください。

※印欄以外はもれなく記入してください。

選考職種	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
------	--

※受験番号	1.氏名 ふりがな	2.生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	3.年齢 記入日現在 歳
-------	--------------	--------------------------------	-----------------

4.現住所 〒() 電話() 緊急連絡先(携帯電話等)() ふりがな

5.帰省地(現住所と異なる場合のみ) 〒() 電話() 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)和暦で記入	(年制、卒業(見込)等)
(最終学校名)			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 年制 <input type="checkbox"/> 卒業見込
(その前)			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 年制 <input type="checkbox"/> 中退
(その前)			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 年制 <input type="checkbox"/> 中退

7.職歴	(部課名)	(所在地(市区町村まで))	(在職期間)和暦で記入	(在職・退職)	(雇用形態)	(職務内容)
(最近の勤務先)			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 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	9.採用希望日 平成 年 月 日
------------------	---------------------

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。 平成 年 月 日 氏名 (必ず本人自署のこと)	※受付印
---	------