

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 平成 年 月 日	3.年齢 平成30年4月1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.上記以外の連絡先(現住所のみの場合は空欄) 〒() 電話() - ふりがな			
6.学歴 (最終学校名)	(学科・課程名)	(所在地(市区町村まで))	(在学期間)和暦で記入 年 月から 年 月まで
(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 (最近の勤務先)	(部課名)	(所在地(市区町村まで))	(在職期間)和暦で記入 年 月から 年 月まで
(その前)			年 月から 年 月まで 退職
(その前)			年 月から 年 月まで 退職
(その前)			年 月から 年 月まで 退職
(その前)			年 月から 年 月まで 退職
(その前)			年 月から 年 月まで 退職
※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	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) 平成 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。