

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。

写真の表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24年4月1日現在 歳
	男		
	女		

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)	(年制, 卒業(見込)等)
(最終学校名)			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 年制 <input type="checkbox"/> 卒業見込
(その前)			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 年制 <input type="checkbox"/> 中退
(その前)			年 月から 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)	(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	<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)			年 月から 年 月まで	退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)			年 月から 年 月まで	退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)			年 月から 年 月まで	退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)			年 月から 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	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

--