

受験職種		※整理番号	
------	--	-------	--

受験職種は必ず記入してください。

※受験番号					
ふりがな 氏 名		生年月日 昭和 年 月 日生 平成	写 真 ・写真（縦4cm横3cm）を3枚用意してください。 ・左の欄に1枚をのりで貼り、他の2枚は、この申込書と同時に提出してください。（3枚とも裏面に氏名を記入してください。） 令和 年 月 日撮影		
(郵便番号 —) 現住所（受験票送付先）					
(携帯 — —) (同居先 方)（電話番号 — — ）					
学 校 名 (高卒以上のみ記入) (最 終)	学 科 名	所 在 地	在 学 期 間	該当を○で囲む	
			年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退	
(その前①)			年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退	
(その前②)			年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退	
勤 務 先 名 (現在の勤務先)	職 種	所 在 地	在 職 期 間	仕 事 内 容	
			年 月から 年 月まで		
(その前①)			年 月から 年 月まで		
(その前②)			年 月から 年 月まで		
私は、佐渡市病院職員採用試験を上記のとおり受験したいので、申し込みます。 なお、私は次に掲げる各号のどれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。 ア 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又は執行を受けることがなくなるまでの人 イ 佐渡市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人 ウ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人 令和 年 月 日 氏 名 印					

※ 受付日付印		※ 取 扱 者		※ 受験者名簿記載 照合		※ 受験票送付 確認照合	
------------	--	------------	--	--------------------	--	--------------------	--

注 意 事 項

- 1 この申込書の受付は、毎月1日から末日の午後5時30分までです。郵送の場合も同様です。
- 2 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
- 3 記載は、すべて青か黒インクを用いてください。
- 4 太枠の欄はすべて記載し、※印の欄には記載しないでください。
- 5 数字はすべて算用数字を用いてください。
- 6 資格が必要な職種は、受験資格を証明する書類（免許証、資格証書、合格証明書等）の写しを添付してください。
- 7 受験票は、後日、現住所欄に記載された住所に送付します。
- 8 この試験に関する照会は、佐渡市立両津病院 管理課 庶務係（Tel 0259-23-5111）まで申し出てください。