

一関市病院事業職員選考採用試験申込書(令和8年度随時募集)

※ 受験番号

1. 職種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師				年 月 日撮影	
ふりがな					(写真欄) (1) 写真は裏の全面にのりをつけてこの欄に貼ってください。 (2) 写真は申込み前6ヶ月以内に撮影した上半身・脱帽・正面向きで本人と確認できる縦5cm、横4cmのものです。 なお、撮影年月日は必ず記入してください。 (3) <b>写真がない場合は受け付けません。</b>	
2. 氏名	5. 現住所 (番地・方書まで詳しく書いてください) 〒 -					
3. 性別	男女 6. 連絡先 (現住所以外で連絡可能なところを記入してください。家族と同居の場合は記入不要です。) 〒 -					
4. 生年月日	年 月 日生 (TEL - - )					
7. 学歴  (記入上の注意参照)	学校名	学部・学科名(専攻)		期間	区分(○で囲む)	
	中学校			年 月～ 年 月	卒業	
				年 月～ 年 月	卒業・修了・卒業見込み ( )学年在学中・( )学年中退	
				年 月～ 年 月	卒業・修了・卒業見込み ( )学年在学中・( )学年中退	
				年 月～ 年 月	卒業・修了・卒業見込み ( )学年在学中・( )学年中退	
				年 月～ 年 月	卒業・修了・卒業見込み ( )学年在学中・( )学年中退	
8. 経歴  (記入上の注意参照)	勤務先・部・課	所在地	職務内容	在職期間	退職事由	
				年 月～ 年 月		
				年 月～ 年 月		
				年 月～ 年 月		
				年 月～ 年 月		
				年 月～ 年 月		
				年 月～ 年 月		

受験票・通知の送付先  
現住所・連絡先

9. 免許・資格 ・技能等 〔記入上の 注意参照〕		10. 身体障害者 手帳の有無	有・無	11. 希望業務 〔記入上の 注意参照〕	
------------------------------------	--	--------------------	-----	----------------------------	--

12. 次の質問について答えてください。(該当する欄に○印を付けてください。「ある」に○印を付けた人はその内容を質問の下に書いてください。)			<p style="text-align: center;">以上の記載事項のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/>		
	ある	ない			
a. 刑事事件について起訴、逮捕又は取調べを受けたことはありますか。					
b. 拘禁以上の刑に処せられたことがありますか。					
c. かつて一関市で懲戒免職になったことがありますか。					

記入上の注意

- ・ 記入事項に不正があると採用されないことがあります。
- ・ 記入にあたっては、ボールペンで自署してください。
- ・ ※印のところは記入しないでください。
- ・ 印鑑は必ず押してください。
- ・ 7.学歴は、中学校から順に書いてください。卒業見込みの場合は卒業予定年月を書いてください。
- ・ 8.経歴は、勤務上の経歴を詳しく書いてください。自営業を含みます。
- ・ 9.免許・資格・技能等は、受験資格に必要な免許等の取得見込みを含め記入してください。
- ・ 11.希望業務は、採用された場合特に希望する業務があれば記入してください。

