

令和2年度川崎町立病院職員採用試験申込書

職 種	<input type="checkbox"/> 准看護師	受験番号	*記入しないで下さい。 No.		写真貼付 ・申込前6月以内に撮影した上半身・正面脱帽のもの ・縦4cm×横3cm ・裏面に氏名を記入して、のり付けて下さい。 (令和 年 月撮影)	
ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
氏 名						
生年月日	昭和 平成	年 月 日	満	歳		
ふりがな	(〒 -)					
現住所	(〒 -)					
電話番号	() -	携帯電話 () -				
ふりがな 通知等の 送付先 <small>※現住所以外に送付を希望の場合にのみ記入</small>	(〒 -)					
電話番号	() -					
学 歴	学 校 名	学 部・学 科・専 攻	在 学 期 間		修 学 区 分	
	高等学校		昭 平 年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
			昭 平 年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
			昭 平 年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
			昭 平 年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
職 歴	期 間	勤 務 先 (所在地)	事 業 内 容	従 事 業 務	役 職	雇 用 形 態
	年 月 日 }	(市・町・村)	(床)			1 正職員
	年 月 日 }	(市・町・村)	(床)			2 非正職
	年 月 日 }	(市・町・村)	(床)			1 正職員
	年 月 日 }	(市・町・村)	(床)			2 非正職
	年 月 日 }	(市・町・村)	(床)			1 正職員
	年 月 日 }	(市・町・村)	(床)			2 非正職
	年 月 日 }	(市・町・村)	(床)			1 正職員
年 月 日 }	(市・町・村)	(床)			2 非正職	
(注) 1. アルバイト及び無職の期間も含め採用の前日までの予定を切れ間なく記入してください。 また、職歴がない場合は「職歴なし」と記入してください。記入欄が不足する場合は別紙を添付のこと。 2. 事業内容は、勤務先の主たる事業内容(例:病院、老健、製造、販売等)を記入してください。 (病院の場合は病床数も記入してください。) 3. 従事業務は、本人が実際に従事した仕事内容(例:看護、事務等)を記入してください。						

免許・資格	免許・資格名	取得年月日		取得区分
	<input type="checkbox"/> 准看護師	昭和・平成・令和	年 月	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
	普通自動車運転免許	昭和・平成・令和	年 月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> AT限定 <input type="checkbox"/> ペーパー <input type="checkbox"/> 無
		昭和・平成・令和	年 月	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
		昭和・平成・令和	年 月	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
		昭和・平成・令和	年 月	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
応募動機、就職して取り組みたいこと				
自己PR				
趣味・特技			健康状態、身体についての特記事項	
			賞罰についての特記事項	
併願の有無		有 ・ 無	併願の内容	<input type="checkbox"/> 他の事業所 <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> その他 ()
併願先とその結果(状況)		※併願「有」の場合は、併願先の名称とその結果(状況)を記載してください。		
扶養家族数(配偶者除く)		配偶者		配偶者の扶養義務
人		有 ・ 無		有 ・ 無
【不合格の場合】 非常勤職員としての採用希望			<input type="checkbox"/> 希望します(月 日以降) <input type="checkbox"/> 希望しません	
あなたは、この募集を何によって知りましたか。(該当する□に✓印を付けてください。)				
<input type="checkbox"/> 新聞・折り込み <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 募集パンフレット <input type="checkbox"/> ポスター				
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 川崎町立病院職員 <input type="checkbox"/> 就職説明会 <input type="checkbox"/> 教授・先生のすすめ				
<input type="checkbox"/> その他 ()				
私は、地方独立行政法人川崎町立病院の職員採用試験に係る申し込みをしますが、この申込書の記載事項に相違ありません。なお、私は次のいずれにも該当していません。				
<ul style="list-style-type: none"> ・成年被後見人又は被保佐人 ・禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人 ・川崎町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 ・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(自筆)				印