

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

地方独立行政法人 桑名市総合医療センター 職員採用試験申込書

提出日 令和 年 月 日

(写真欄)

同じ写真を2枚用意し、内1枚をここに貼ってください。

(1)写真は申込み前6か月以内に帽子をつけないで正面上半身を撮影した縦4cm、横3cmで、本人と確認できるものが必要です。

(2)写真の裏面には、氏名を書いてください。

|      |     |                  |  |  |
|------|-----|------------------|--|--|
| 職 種  |     |                  |  |  |
| 1    | 保育士 |                  |  |  |
| フリガナ |     | 生年月日・年齢          |  |  |
| 氏 名  |     | 昭和<br>平成         |  |  |
|      |     | 年 月 日 生          |  |  |
|      |     | 満 歳 （令和 年 月 日現在） |  |  |

現住所 【受験票送付先】 (アパート等に居住の場合は、その名称まで詳しく記入)

|   |   |           |
|---|---|-----------|
| 〒 | — | TEL ( ) - |
|   |   | 携帯        |

連 絡 先 (帰省地など、現住所以外の連絡場所がある場合に記入)

|   |   |           |
|---|---|-----------|
| 〒 | — | TEL ( ) — |
|   |   | 携帯        |

学 歴 (高校から順にすべて記入)

| 学 校 名 | 学部名 | 学 科 名 | 期 間   | 区 分 |     |
|-------|-----|-------|-------|-----|-----|
|       |     |       |       | 卒   | 年中退 |
|       |     |       | 年 月から | 卒   | 年中退 |
|       |     |       | 年 月まで | 卒見込 | 年在学 |
|       |     |       | 年 月から | 卒   | 年中退 |
|       |     |       | 年 月まで | 卒見込 | 年在学 |
|       |     |       | 年 月から | 卒   | 年中退 |
|       |     |       | 年 月まで | 卒見込 | 年在学 |

[illegible]

|   |   |           |
|---|---|-----------|
| 年 | 月 | 免 許 ・ 資 格 |
|---|---|-----------|

[illegible]

(注) この申込書の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。