

平成25年度出水市病院事業職員（社会福祉士）採用試験受験申込書

※受験番号は記入しないでください。

職 種	社会福祉士	受験番号	B-
-----	-------	------	----

(裏面にも氏名を自署してください。)

氏 名	(ふりがな)	男・女	写真を貼る位置 (6cm×4.5cm)	
	昭和・平成 年 月 日生まれ (平成26年4月1日現在で満 歳)			
現住所	(ふりがな)	(〒 -)		
	(様方) (電話)			
送付先 (現住所以外に送付を希望する場合)	(ふりがな)	(〒 -)		
	(様方) (電話)			
履 歴	学 歴	昭和・平成 年 月		中学校卒業
		昭和・平成 年 月		
		昭和・平成 年 月		
		昭和・平成 年 月		
		昭和・平成 年 月		
		昭和・平成 年 月		
		昭和・平成 年 月		
		昭和・平成 年 月		
	職 歴	平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
現 在 の 職 業				

※ 本申込書をホームページから出力して記入する方は、A4判サイズで印刷してください。

○あなたが、現在所有している資格があれば記入してください。

資格	資格取得年月	資格名（不足する場合は、別紙を貼付してください。）

○志望の動機を記入してください。

志望の動機	
-------	--

○ 趣味や特技などがあれば記入してください。

趣味・特技など	
---------	--

○ あなたが、これまでに医療機関を受診した既往歴があれば記入してください。ただし、流行性感冒、歯科受診、健康診断等は除きます。

既往歴	(例) 平成20年4月 出水総合医療センター〇〇〇科受診
-----	------------------------------

私は、出水市病院事業職員採用試験の受験申込みをしますが、次の各号のいずれにも該当していません。

- 1 日本国籍を有しない者
- 2 成年被後見人又は被保佐人
- 3 禁こ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者
- 4 出水市職員又は出水市病院事業職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過していない者
- 5 日本国憲法の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者

記載事項のとおり相違ありません。

平成 年 月 日 氏名

(自署すること)