

坂 出 市 立 病 院 会 計 年 度 任 用 職 員 採 用 試 験 申 込 書

受 験 職 種	
---------	--

整 理 番 号	(病院記入欄)
---------	---------

写真貼付欄

縦4cm、横3cm

申込日前6ヶ月以内に無背景、脱帽、上半身正面向きにて撮影した写真(裏面に氏名記入)を貼付

令和8年 月 日現在 (←記載内容がいつ現在のものか必ず記入してください。)

フリガナ			
氏 名			
生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)		
フリガナ			
現 住 所	〒 ー TEL ー ー		
	緊急連絡先(必ず記入してください。)	TEL	ー ー
フリガナ			
連 絡 先	〒 ー TEL ー ー		

(連絡先欄は、現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。)

学 歴 ※期間は必ず和暦で記入してください。				
学 校 名	学部名	学科名	期 間	区 分
			年 月から 年 月まで	卒 第 学年中退 卒見 第 学年在学
			年 月から 年 月まで	卒 第 学年中退 卒見 第 学年在学
			年 月から 年 月まで	卒 第 学年中退 卒見 第 学年在学
			年 月から 年 月まで	卒 第 学年中退 卒見 第 学年在学
			年 月から 年 月まで	卒 第 学年中退 卒見 第 学年在学
職 歴				
※同一グループ内での異動や、社名変更等による勤務先の変更については、その旨を記載してください。				
勤 務 先		所 在 市 町 村	期 間	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	