

受験職種	
------	--

※整理番号	
-------	--

受験職種は必ず記入してください。

※受験番号		性別 男・女
ふりがな 氏名	生年月日 昭和 年 月 日生 平成	写 真 ・写真(縦4cm横3cm)を3枚用意してください。 ・左の欄に1枚をのりで貼り、他の2枚は、この申込書と同時に提出してください。(3枚とも裏面に氏名を記入してください。) ・申込前6ヶ月以内撮影 ・脱帽、上半身、正面 ・本人と確認できるもの ・写真のないものは、受理できません。 平成28年 月 日撮影
(郵便番号 -) 現住所(受験票送付先)	(携帯 - -) (同居先 方)(電話番号 - -)	

学校名 (高卒以上のみ記入) (最終)	学科名	所在地	在学期間	該当を○で囲む
			年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退
(その前①)			年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退
(その前②)			年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退

勤務先名 (現在の勤務先)	職種	所在地	在職期間	仕事内容
			年 月から 年 月まで	
(その前①)			年 月から 年 月まで	
(その前②)			年 月から 年 月まで	

私は、佐渡市病院職員採用試験を上記のとおり受験したいので、申し込みます。
 なお、私は次に掲げる各号のどれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

ア 日本の国籍を有しない人
 イ 成年被後見人又は被保佐人(準禁治産者を含む。)
 ウ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又は執行を受けることがなくなるまでの人
 エ 佐渡市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
 オ 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

平成 年 月 日
氏 名 印

※ 受付日付 印	※ 取扱者	※ 受験者名簿記載 照合	※ 受験票送付 確認照合
----------------	----------	--------------------	--------------------

注 意 事 項

- 1 この申込書の受付は、8月19日（金曜日）午後5時30分までです。なお、受付期間後は、いかなる理由があっても受け付けません。郵送の場合についても、8月19日（金曜日）必着です。
- 2 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。
- 3 記載は、すべて青か黒インクを用いてください。
- 4 太枠の欄はすべて記載し、※印の欄には記載しないでください。
- 5 数字はすべて算用数字を用いてください。
- 6 受験資格を証明する書類（免許証、資格証書、合格証明書等）の写しを添付してください。
資格取得見込の場合は、資格試験の受験要件を証明する書類（学校等の卒業見込証明書、修了見込証明書等）を添付してください。
- 7 受験票は、後日、現住所欄に記載された住所に送付します。
- 8 この試験に関する照会は、佐渡市立両津病院管理課庶務係（Tel 0259-23-5111）に申し出てください。