

令和6年度厚木市立病院職員採用試験申込書

(写真欄)
 申込書提出前6箇月以内に撮った帽子をつけない
 上半身縦4cm横3cmのもので、本人と確認できるものを貼ってください。
 (背景は無地)

※ 受 付

令和 年 月 日提出
 (裏面の記入上の注意をよく読んで記入してください。)

※年齢は、令和7年4月1日現在で記入

職種 臨床検査技師	※受験番号	ふりがな 氏名	既婚・未婚 平成	生 年 月 日
			扶養親族 有・無	年 月 日 (歳)

現住所 (〒) 電話番号 () 携帯電話番号
 メールアドレス

緊急連絡先 (〒) 電話番号 ()

学歴 (中学校から順次最終学歴まで記入してください。転校した場合は卒業校を記入してください。)

学 校 名	学部・学科名	所在地 (市町村まで)	在 学 期 間	○で囲む
中学校			H・R 年 月から H・R 年 月まで (年制)	卒・卒見 中退・修了
			H・R 年 月から H・R 年 月まで (年制)	卒・卒見 中退・修了
			H・R 年 月から H・R 年 月まで (年制)	卒・卒見 中退・修了
			H・R 年 月から H・R 年 月まで (年制)	卒・卒見 中退・修了
			H・R 年 月から H・R 年 月まで (年制)	卒・卒見 中退・修了

職歴 (今まで就職したことがあれば、新しい順に全て記入してください。)

勤 務 先	従事業務・雇用形態	役職等	在 職 期 間	育児休業や長期休暇 (連続する2週間以上) がある場合は「○」をつけてください。	退職理由
			H・R 年 月から H・R 年 月まで		
			H・R 年 月から H・R 年 月まで		
			H・R 年 月から H・R 年 月まで		
			H・R 年 月から H・R 年 月まで		
			H・R 年 月から H・R 年 月まで		
			H・R 年 月から H・R 年 月まで		
			H・R 年 月から H・R 年 月まで		
			H・R 年 月から H・R 年 月まで		
			H・R 年 月から H・R 年 月まで		
			H・R 年 月から H・R 年 月まで		

※ 職歴が書ききれない場合は、別紙に記入してください。

資格・免許の種類	取得（見込）年月	資格・免許の種類	取得（見込）年月
臨床検査技師免許	年 月	自動車運転免許 有・無	年 月
	年 月		年 月
	年 月		年 月
ボランティア歴	クラブ・サークル等の活動歴		趣味・スポーツ・特技等
長所		短所	
余暇等の過ごし方			
健康状態 良好・その他			
既往症 ()			
<p>私は、当該試験受験案内に記載されている受験資格をすべて満たしており、次に掲げる各号のいずれにも該当しておりません。また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む） 2 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者 3 厚木市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 4 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者 <p>令和 年 月 日 氏 名 (自署願います。)</p>			

記入上の注意

- 1 虚偽の記載をすると採用される資格を失うことがあります。
- 2 ※欄を除いて、全ての欄ご漏れなく記入してください。記入に当たっては、黒の油性インクを使用し、かみ書で、数字は算用数字で記入してください。フリクション等の消せるインクは使用不可です。
- 3 緊急連絡先が現住所と同じ場合は、「同上」としてください。
- 4 この申込書より入手した個人情報も、採用選考以外の目的で使用することはありません。応募書類については返却いたしませんので、御了承ください。

