厚木市立病院任期付職員採用試験申込書
（令和７年度・身体障がい者対象）

※受　　付

※必ず直筆で記入してください。

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。）

（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４㎝横３㎝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）

職種	※受験番号	ふりがな 氏名	既婚・未婚 扶養親族 有・無	生　年　月　日 平成　　年　　月　　日 （　　歳） **★年齢は、令和８年４月１日現在で記入**

現 住 所（〒　　―　　）　電話番号（　　）　－

緊急連絡先住所（〒　　―　　）　電話番号（　　）　－
都･道･府･県　　区･市･郡　　町
氏名　　続柄（　　）

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

職歴（**就職履歴を、新しい順に全て記入**してください。ない場合は「なし」と記入）

勤　務　先	勤 務 内 容	所在地（市町村まで）	在 職 期 間	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	

資 格 ・ 免 許 等	取得（見込み）年月日	○で囲む
	H・R　年　月　日	取得　・　取得見込み
	H・R　年　月　日	取得　・　取得見込み
	H・R　年　月　日	取得　・　取得見込み

志望の動機

自 己 推 薦 欄 （ 自 己 Ｐ Ｒ ）

1　クラブ歴（主将等の経験者は、その旨も明記してください。）

区　　分	学　　校　　内	学　　校　　外
中 学 校		
高等学校		
大 学 等		

2　あなたの長所と短所を記入してください。

長　　所	短　　所

3　あなたが最も推薦できる経験や能力（例えばスポーツ歴、ボランティア歴、自主研究活動、学業）又は趣味について、具体的な内容などを詳しく記入してください。

（標題）

4　厚木市以外に就職活動を行っている自治体、企業等を記入してください。

5　交付を受けている手帳等について記入してください。

手帳の種類		等級又は判定区分	
障がい名又は診断名			
手帳の交付年月日	H・R　年　月　日　（再交付　H・R　年　月　日）		
受験にあたり配慮が必要な事項	※試験準備に必要です。必ず回答してください。 (1)試験会場には自家用車でしか来られない　（　はい　・　いいえ　） (2)試験会場で車椅子を使用する　（　はい　・　いいえ　） (3)その他補装具、付添いなどに配慮が必要なこと （　　）		
職務上又は日常生活での制約や配慮が必要な事項			

≪注 意 事 項≫　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 ※欄を除いたすべての欄に記入し、数字は算用数字で記入してください。
3 緊急連絡先住所が現住所と同じ場合は「同上」としてください。

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、地方公務員法第16条に定める欠格条項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。

令和　　年　　月　　日　　氏　　名