

年 月 日現在

南和広域医療企業団職員受験者用

会計年度任用職員(メディカルアシスタント(補助))受験申込書

フリガナ			
氏名			
	年 月 日生 (満 歳)	男 ・ 女	
フリガナ			携帯電話
現住所	〒		電 話
フリガナ			メール
連絡先	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		電 話

- 【写真を貼る位置】
- 縦40mm 横30mm
 - 上半身・正面・脱帽
 - 裏面のりづけ
 - 直近3月以内に撮影
 - 鮮明なものに限る
 - 写真の裏に氏名を記載

年	月	学歴(高校入学以降を記載・学校・学部・学科・コースについて)
年	月	職歴(各別にまとめて書く)

記入上の注意 1.黒のボールペンで記入。 2.数字はアラビア数字で、文字は崩さず正確に書く。

年	月	免許・資格(見込みを含む)	
【パソコンスキル】 ・Word[使用可・使用不可]→「使用可」の場合、その程度() ・Excel[使用可・使用不可]→「使用可」の場合、その程度() ・その他ソフトの使用及びその程度()			
【志望の動機、活用したい能力・経験、自己PRなど】 			
【本人希望記入欄】 (希望などがあれば記入) 			
【欠格事由に関する申告】 以下の地方公務員法第16条に定める採用に関する欠格事由に該当しない場合は、□にレ印を記入してください。 <input type="checkbox"/> 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人 <input type="checkbox"/> 地方公共団体等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 <input type="checkbox"/> 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			
配偶者の有無	配偶者の扶養義務	扶養家族(配偶者を除く)	通勤時間
有・無	有・無	人	約 時間 分