

西宮市立中央病院会計年度任用職員A申込書

ふりがな			職種	外来勤務看護師	写 真 縦4cm×横3cm 申込前6ヶ月以内に撮影したもの (無帽・上半身・正面) 写真が貼付されていない 申込書は受付できません 令和 年 月撮影				
名 前									
生年月日	年 月 日生	歳 (申込日現在)							
現住所	〒 - 自宅 Tel () -		-						
	〒 - 携帯 Tel () -		-						
上記以外の連絡先	〒 - Tel () -			名称(交付年月日)					
学歴 (中学校から記入)	在学期間		学校名	学部名	学科名	制度	修学区分	免許・資格 (取得見込みを含む)	(年 月 日)
	自 年 月 日	至 年 月 日	中学校			年制	卒業		(年 月 日)
	自 年 月 日	至 年 月 日				3	卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)
	自 年 月 日	至 年 月 日					卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)
	自 年 月 日	至 年 月 日					卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)
	自 年 月 日	至 年 月 日					卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)
	自 年 月 日	至 年 月 日					卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)
	自 年 月 日	至 年 月 日					卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)
	自 年 月 日	至 年 月 日					卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)
職歴	在職期間		勤務先名等	所在地(市町村区名まで)		職務内容等		退職理由	
	自 年 月 日	至 年 月 日							
	自 年 月 日	至 年 月 日							
	自 年 月 日	至 年 月 日							
	自 年 月 日	至 年 月 日							
	自 年 月 日	至 年 月 日							
	自 年 月 日	至 年 月 日							
	自 年 月 日	至 年 月 日							
	自 年 月 日	至 年 月 日							
以上のとおり相違ありません。									
令和 年 月 日					名 前 _____				
(署名欄は、申込者が自署してください。代理記入の場合は、署名欄に申込者の名前を記入し、その下に代理人名を自署してください。)									
記入上の注意 1. 必ず黒インク又は黒ボールペンで、正確かつ明瞭に記入し、該当箇所を○で囲んでください。									
2. 学歴欄は、転校の場合は欄をかえて記入し、学校名変更の場合は新名称を旧名称の下にかっこ書きしてください。									
あなたがこの申込書に記入した個人情報については、西宮市個人情報保護条例により保護され、採用試験以外の目的で利用されることはありません。									

(裏面に続く)

西宮市立中央病院を志望した理由

自 己 P R	自分で認める 長所短所	
	勤務するにあ たって特に心 がけたいこと	