

市立貝塚病院
会計年度任用職員
採用試験申込書

(令和 年 月 日現在)

令和4年随時採用

受験職種	※受験番号	写 真 (タテ4センチ× ヨコ3センチ) 上半身、脱帽、正面 向きで、半年以内に 撮影したもの
【メディカル・ソーシャルワーカー】		
ふりがな		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(満 歳)	
ふりがな		
現住所	〒() () 電話番号() - 呼出()方	
ふりがな		
連絡先	〒() () 電話番号() - 呼出()方	
※現住所以外に連絡を希望するとき記入		

学 歴	年 月	中学校 卒業
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	

※ 以外の欄を記入し、受験票と一緒に市立貝塚病院事務局総務課に提出してください。

免許・資格等	取得年月	免許・資格等の名称
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
志 望 動 機		
専 門 職 を 選 ん だ 理 由		
自 己 P R		
長所・短所		特 技