

市立貝塚病院

職員採用試験申込書

令和8年4月採用

(令和 年 月 日現在)

受 験 職 種		※受験番号		写 真 (タテ 4 ㌢× ヨコ 3 ㌢) 上半身、脱帽、正面 向きで、半年以内に 撮影したもの
視能訓練士		R8視 -		
ふりがな				
氏 名				
生年月日	年 月 日生(満 歳)			
ふりがな				
現 住 所	〒(-)			
	自宅電話番号		携帯電話番号	
	メールアドレス			
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			
免 許 ・ 資 格 等	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。

志 望 動 機			
この職種を選んだ理由			
自 己 P R			
賞 罰 (ある場合のみ記載ください。)			
長 所 ・ 短 所		趣 味 ・ 特 技	

市立貝塚病院職員採用試験に申込するにあたり、下記の事項を確認しました。

※確認事項を確認し、□に✓をつけてください。

- ☐ 地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しません。
- ☐ 受験申込にかかる提出書類に虚偽の記載があることが判明した場合、または、採用後に虚偽の記載が判明した場合は、失格、不採用、または採用を取り消します。
- ☐ 職務経歴がある場合、市立貝塚病院が必要と認めるときは、各勤務先(委託・派遣先含む)などに事実確認を行うことについて同意します。

令和 年 月 日

署名