

受験番号	
------	--

申込年月日:令和 年 月 日

※受験番号欄は、記入する必要はありません。

一宮市職員採用申込書

写真
35mm × 40mm

(あて先)一宮市長

職 種	医 師
-----	-----

受験者の情報

フリガナ 《必須》		国籍(外国籍の方のみ記入してください)
氏 名 《必須》		
生年月日 《必須》	S・H 年 月 日 ()歳	性別 男 女
現住所 《必須》	〒 —	
電話番号 《電話・携帯電話 いずれか必須》		携帯電話番号
連絡先住所	〒 — 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。	連絡先住所を記入した場合は書類の送付先を指定してください。 現住所 ・ 連絡先住所
連絡先電話番号		

職歴情報《必須》

医療機関名称 職務内容	所在地(市区名まで) 在職期間	正規/臨時の別
現在 (最終)	昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月	正規 ・ 臨時
(その前)	昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月	正規 ・ 臨時
(その前)	昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月	正規 ・ 臨時
(その前)	昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月	正規 ・ 臨時

(裏面)

学歴情報

学校名 学部・学科名		就学期間 卒・見込み等の別	
最終 《必須》		昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月	卒業
(その前) 《必須》		昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月	卒業・中退
(その前)		昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月	卒業・中退
(その前)		昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月	卒業・中退

資格・免許

名称	区分	取得(見込み)年月
医師免許	有	昭和・平成 年 月
普通自動車運転免許	有・無・見込み	昭和・平成 年 月
	取得済・取得見込み	昭和・平成 年 月
	取得済・取得見込み	昭和・平成 年 月
	取得済・取得見込み	昭和・平成 年 月
	取得済・取得見込み	昭和・平成 年 月

下記の事項をご確認の上、署名してください。《必須》

私は、地方公務員法第16条に定める欠格条項、及び医師法第3条及び第4条各号に規定する欠格事由に該当しません。また、この申込書のすべての記載事項は、事実と相違ありません。

署名

(自筆に限る。)