

令和元年度新潟市民病院会計年度任用職員採用試験【医師事務補助員】受験申込書

※試験案内に記載の「受験申込書記入上の注意」をよく読んで記入してください。

ふりがな				受験番号	—		
氏名				写真を貼る ※3か月以内に撮影したもの。写真がないと受験できません。 (縦4cm, 横3.5cm程度)			
生年月日	昭和・平成	年	月			日生	
現住所	〒					令和 年 月 撮影	
合否通知先	〒						
	Tel () —						
	□現住所と同じ						
	Tel () —						
学歴・学校名	学部・学科等	在学期間		該当を○で囲む			
最終		年	月	～	年	月	卒・卒見込・中退
その前		年	月	～	年	月	卒・中退
その前		年	月	～	年	月	卒・中退
その前		年	月	～	年	月	卒・中退
検定資格 免許等	名称			取得年月	年	月	
	名称			取得年月	年	月	
	名称			取得年月	年	月	
	名称			取得年月	年	月	
	名称			取得年月	年	月	
採用区分	医師事務補助員			備考			
私は試験案内の記載内容をすべて了承のうえ、新潟市民病院会計年度任用職員採用試験の受験を申し込みます。 なお、私は試験案内にあるすべての受験資格を満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 (印)							
あなたは、この募集を何によって知りましたか。(○をつけてください) ・市報にいがた ・ホームページ(市・市民病院) ・家族 ・職員 ・その他()							

※車いす等の使用により試験会場で特別な配慮を必要とする方は、備考欄にその旨を記入してください。
 ※裏面の職歴欄も必ず記入してください。

志望の 動機		
	長所	短所
性格等	友人と行動するとき、あなたはどのような役割を担いますか。	
趣味 ・ 特技		
クラブ ・ サークル	参加しているクラブやサークル	クラブやサークルなどの役員経験

職 歴(アルバイトを含む) 注：今までの職歴のうち直近のものから順に書いてください。			
在 職 期 間	勤 務 先 名 称	区 分	職 務 内 容
年 月～ 年 月		1 正規職員 2 その他 ()	
年 月～ 年 月		1 正規職員 2 その他 ()	
年 月～ 年 月		1 正規職員 2 その他 ()	
年 月～ 年 月		1 正規職員 2 その他 ()	
年 月～ 年 月		1 正規職員 2 その他 ()	

氏名 _____