

令和5年度新潟市民病院会計年度任用職員採用試験【医師事務作業補助員】受験申込書

※試験案内に記載の「11.受験申込み上の注意」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 写真裏面に氏名を記入 ※6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3cm程度)	令和 年 月 撮影	
生年月日	昭和・平成	年	月			日生
現住所	〒					Tel () —
合否通知先	〒					□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	医師事務作業補助員					
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(自署)						
あなたは、この募集を何によって知りましたか。〈該当する□にレをつけてください〉 <input type="checkbox"/> ホームページ(市・市民病院) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 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、下記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			
性格等	優れていると思うところ		改善したいと思うところ
趣味 ・ 特技	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。		
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 _____