

令和7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 —	令和 年 月 撮 影 写真を貼る 写真裏面に 氏名を記入 ※6ヶ月以内に撮影 したもの ※写真がないと受験 できません (縦4cm×横3cm程度)	
氏 名						
生年月日	昭和・平成	年	月 日 生			
現住所	〒 TEL - -					
合否 通知先	〒 TEL - -					
緊急 連絡先	TEL - -		緊急連絡先氏名 (本人との続柄)			
学歴・学校名		学部・学科		在学期間		該当に○
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
現在の勤務状況（該当に○）		有 ・ 無		有の場合 勤務先名称		
受験職種		医師事務作業補助員				
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	
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✓を付けてください。） ☐ホームページ（市・市民病院） ☐学校 ☐家族 ☐職員 ☐その他（ ）						

※車椅子等の使用により試験会場で配慮を必要とする方は、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
	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：直近のものから順に書いてください。			
職務期間	勤務先名称	区分	職務内容
年 月～ 年 月 （期間 年 月）		1 正規職員 2 その他 （ ）	
年 月～ 年 月 （期間 年 月）		1 正規職員 2 その他 （ ）	
年 月～ 年 月 （期間 年 月）		1 正規職員 2 その他 （ ）	
年 月～ 年 月 （期間 年 月）		1 正規職員 2 その他 （ ）	