

# 江別市職員採用試験申込書

職種区分 ( ) 病院事務職 (診療情報管理係)	※受験番号
試験区分 -	

(履歴書)

ふりがな ----- 氏 名	生年月日 (満 歳) 昭和・平成 年 月 日生 男・女	写真貼付 申込前 6 ヶ月以内に撮影した前向き、脱帽、上半身胸上の写真 サイズ約 4.5×3.5 cm 通常メガネをかけている人はメガネをかけているもの。写真が無い場合、または不鮮明な場合は受理しません。
現住所 (〒 - )	電話 _____	
通知の際の連絡先 (〒 - )	電話 _____ メールアドレス _____	
緊急連絡先 (〒 - )	電話 _____	

学 歴 (中学卒業後の学歴について記入のこと。大学院進学者は職歴欄に記入すること。)

学 校 名	学部学科等	所在地市町村名	在 学 期 間	該当○印
(高校等)			自 年 月 至 年 月	卒業見込み 卒業 中退
(大学・短大・専門学校等)			自 年 月 至 年 月	卒業見込み 卒業 中退

職歴及び在家庭 (仕事をしていない) 期間

勤務先名 (在家庭)	所属部課および仕事内容	勤 務 先 住 所	在職又は在家庭期間
		電話 _____	自 年 月 日 至 年 月 日
		電話 _____	自 年 月 日 至 年 月 日
		電話 _____	自 年 月 日 至 年 月 日
		電話 _____	自 年 月 日 至 年 月 日
		電話 _____	自 年 月 日 至 年 月 日
		電話 _____	自 年 月 日 至 年 月 日

資 格 等

資格・免許等の名称	取得 (見込) 年月	資格・免許等の名称	取得 (見込) 年月
	取 得 年 月 日		取 得 年 月 日
	取得見込 取 得 年 月 日		取得見込 取 得 年 月 日
	取得見込 取 得 年 月 日		取得見込 取 得 年 月 日

上記に記載した履歴書等は事実と相違ありません。

なお、私は地方公務員法第 16 条の各号には該当しておりません。

受付印