

地方独立行政法人

静岡県立病院機構職員採用試験受験申込書

令和 年 月 日現在

(写真貼付欄)

- 縦 4.5cm×横 3.5cm
1 正面、上半身、脱帽
無背景で本人であるこ
とが完全に識別できる
もの
2 試験日前3か月以内
に撮影したもの
3 しっかりのりづけの
こと

職 種	ふりがな		
	氏 名		
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	性 別 男 ・ 女		
ふりがな	電 話		
現 住 所 〒 -	() -		
	携 帯 電 話		
ふりがな	() -		
連 絡 先 〒 - (帰省先) 又は (現住所以外の連絡先) がある場合に記入	電 話		
	() -		
Eメールアドレス (添付ファイルを受信できるものに限る)			

学 歴 ・ 職 歴 等 (学歴は高等学校入学以降を記入してください。)

学 歴	入学年月		卒業年月等				学校名・学部・学科				
	年号	年 月	年号	年 月	区分						
						卒業					
						卒業 見込 中退					
						卒業 見込 中退					
						卒業 見込 中退					
職 歴	在籍期間								勤務先 (所在地)	職種・ 職名等	区分
	自				至						
	年号	年 月 日	年号	年 月 日							正 規 非正規
											正 規 非正規

資 格 ・ 免 許

勤務可能時期	令和 年 月から勤務可能	※採用試験の可否には、影響しません。
採用後の 居住予定地		
特記事項		

記入注意 1 黒のボールペンで記入 2 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に記入

