

登録番号

(職員番号)

稲沢市病院事業会計年度任用職員申込書 (登録用)
(兼会計年度任用職員台帳)

令和 年 月 日

稲沢市病院事業管理者 殿

ふりがな

氏名 (自署)

生年月日 年 月 日 性別 男・女

〒

現住所

電話番号

携帯番号

私は、下記職に従事したいので、希望事項を添えて申込みいたします。

記

- ・ 申込職種 ※希望職種に○印を記入
- 1 行政職
 - ア 一般事務職
 - イ 医師事務作業補助者
 - ウ 保育士 (院内託児所)
 - 2 医療技術職
 - ア 薬剤師
 - イ 放射線技師
 - ウ 臨床検査技師
 - エ 理学療法士
 - オ 作業療法士
 - カ その他 ()
 - 3 看護職
 - ア 看護師
 - イ 看護補助者

・ 希望期間 (1年未満の希望がある場合のみ記入)

ア 年 月から 年 月まで

イ その他 ()

写真
(3x4cm程度)
を貼付

免許及び資格

取得年月日			免許名及び資格名

学歴、職歴及び賞罰

年	月	日	学歴（高校以降のみ）、職歴及び賞罰

趣味・特技など

健康状態（既往症）

--	--

障がい者手帳の有無

有 ・ 無 （※有の方は手帳の写しを添付してください。）

私は地方公務員法第 16 条に定める欠格事項には該当しません。

はい ・ いいえ

この申込書のすべての記入事項は事実に相違ありません。

はい ・ いいえ