

※太枠欄の必要事項に記入し、写真を貼り付けてください。(黒ボールペン又はワープロ)

令和3年度 つがる西北五広域連合 鱒ヶ沢病院 会計年度任用職員 申込書

職 種	看護師		※整理番号		
勤務形態	フルタイム (7時間45分)		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> (写真欄) ・写真は6か月以内に撮影したもの ・縦4cm、横3cm程度 ・しっかり、のり付け </div>		
ふりがな					
氏 名					
生年月日	昭和・平成	年 月 日生(満 歳)			
性 別 (○で囲むこと)	男	・ 女			
現住所	〒 - アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください (方) Tel () - - 携帯		(どちらかを○で囲むこと) 任用通知等の送付先	○	
連絡先	〒 - 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください (方) Tel ()			○	
学 歴	学 校 名	学 部 学 科	在 学 期 間	備 考	
	中学校		年 月から 年 月まで	卒業	
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退	
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退	
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退	
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退	
職 歴 (現職及び主なもの)	勤 務 先 名 称	職 務 内 容	在 職 期 間	所在地(都道府県)	
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		

(記載内容は裏面に続きます)

※太枠欄の必要事項に記入し、写真を貼り付けてください。(黒ボールペン又はワープロ)

資格免許	名 称	取 得 年 月 日	名 称	取 得 年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
扶養家族数等	扶養家族数（配偶者を除く） _____ 人			
	配偶者の有無 (○で囲む)	有・無	配偶者の扶養義務 (○で囲む)	有・無
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定にいずれにも該当していません。 また、この履歴書の記載事項は全て事実と相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名(自署) _____</p>				