

※障害者手帳のコピーを添付してください

※受験する職種1つを丸で囲ってください

病院機構契約職員(障害者枠)
採用試験
申込書兼履歴書

受験 番号	職種 ※ 事務職・業務補助職
----------	----------------------

フリガナ	姓	名	生年月日	写 真 申込前3ヶ月以内に帽子をつけないで上半身、正面向きをとったもので、本人と確認できるものを枠内に貼ること。 (タテ4cm×ヨコ3cm)
氏名			昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	
現住所	(フリガナ) 〒 -	(公称町名で記入のこと) (同居先 方)		(保護者氏名)
連絡先	(住所)*現住所と同じ場合は記入する必要はありません。 〒 -	(同居先 方)		*申込者が未成年の場合のみ保護者の方が記入してください。
	(電話番号)*日中連絡のつくものに「レ」をつけてください。 <input type="checkbox"/> 自宅 (- -) <input type="checkbox"/> 携帯電話 (- -) <input type="checkbox"/> その他(- -)			
学 歴	学校名	部科名	在学期間	卒業・卒業見込・中退等
	最終		R H S 年 月 ~ R H S 年 月	
	その前		R H S 年 月 ~ R H S 年 月	
			R H S 年 月 ~ R H S 年 月	
職 歴	勤務先の名称 *職歴がアルバイト・パート・臨時・非常勤職員等の場合は、その旨を記載してください。		在職期間	
			R H S 年 月 日 ~ R H S 年 月 日	
			R H S 年 月 日 ~ R H S 年 月 日	
			R H S 年 月 日 ~ R H S 年 月 日	
資格・免許(取得年月日)		志望の理由		
セールスポイント		面接試験受験にあたって伝えたいこと 例)車いす使用、手話通訳による受験希望		

※ 記入上の注意

1. 枠内は、もれなく正確に記入してください。
2. 記事項は、すべて記載日現在で記入してください。
3. 氏名、生年月日は、戸籍記載のとおり正確に記入してください。
4. 申込資格がないことが判明した場合は登録を取り消します。
5. 申込記載事項が正しくないことが判明した場合は、採用を取り消すことがあります。

私は、北九州市立病院機構契約職員の採用申込みをしますが、当該試験案内の記載内容をすべて了承のうえ、同試験を受験したいので申し込みます。
また、この申込書兼履歴書の記載事項は事実と相違ありません。

(自筆)

令和 年 月 日
氏 名

※裏面の作文も記入してください。