

地方独立行政法人奈良県立病院機構 採用試験
受験申込書

記入日 年 月 日

受験 番号	※
----------	---

ふりがな					受験職種	
氏 名					医事課職員（経験者）	
生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日生	（満 歳）	性別
現住所	〒 -					
* 都道府県から	電話番号（携帯電話）	- -				

学 歴 ※ 高校 以後	在学期間	学校名	学部・学科	修学区分
	年 月			☐ 卒業・修了見込
	～ 年 月			☐ 卒業・修了 ☐ 中退
	年 月			☐ 卒業・修了見込
	～ 年 月			☐ 卒業・修了 ☐ 中退
	年 月			☐ 卒業・修了見込
	～ 年 月			☐ 卒業・修了 ☐ 中退
	年 月			☐ 卒業・修了見込
～ 年 月			☐ 卒業・修了 ☐ 中退	

職 歴	在職期間	勤務先の名称	役職、配属、職務内容	雇用形態
	年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	～ 年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	～ 年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	～ 年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	～ 年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	～ 年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	～ 年 月			☐ 正職員 ☐ その他 ()
	* 高校・大学等の正規の修学期間中のアルバイトは除きます。書き切れない場合は別紙を添付してください(任意様式)			

賞 罰 ☐ 有・ ☐ 無	運転免許 ☐ 有・ ☐ 無
年 月	種類 () 区分 (種) 年 月 取得
その他の免許・資格	その他の免許・資格
年 月 取得	年 月 取得
年 月 取得	年 月 取得
年 月 取得	年 月 取得
年 月 取得	年 月 取得

* 2 ページ末尾の「記入上の注意」をよく読んで記入してください。

受験 番号	※
----------	---

志望動機

自己PR

勤務配慮希望

勤務について 配慮を希望することなど	
-----------------------	--

確認書 内容を確認のうえ、□欄にチェックしてください。

☐	私は「試験案内」をよく読み、自分が受験資格を満たしていることを確認しました。
☐	この受験申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。
☐	受験申込書に虚偽があった場合は、受験を取り消されても異議ありません。

《記入上の注意》

- ・ 様式は変更しないでください。
- ・ 太枠内の各項目のすべてに具体的かつ簡潔に、不備のないように記入し、該当する□欄にレ印をつけてください。
- ・ ※欄は記載しないでください。
- ・ この受験申込書の記載内容は、採用試験に関する資料として活用し、それ以外の目的には一切使用しません。