

**国民健康保険山城病院組合 会計年度任用職員採用 申込書**  
(令和3年度期間任用分)

希 望 職 種			※受付日(事務局使用欄)			写 真 縦 4cm 横 3cm		
募集番号		職種名	令和	年	月			日
(ふりがな)			生年月日	昭和・平成				日生 (歳)
氏名	(男・女)			年	月			
現住所	〒							
連絡先	(電話番号)		(携帯)					
障害者手帳の有無      無      ・      有      (手帳の写しを添付してください)								
最 終 学 歴	年	月	学歴(学部・学科名等)					
(新しい順に記入) 職 歴	勤務先の名称		職務内容(具体的に)			在職期間(和暦)		
						年	月 ~ 年 月	
						年	月 ~ 年 月	
						年	月 ~ 年 月	
資 格 ・ 免 許 等	資格・免許等 名称		取得年月日			発行者名		
志望動機								
自己PR(特技等)								
その他特記事項								
通勤方法及び時間	公共交通機関・交通用具(約 時間 分)		配偶者	有・無	配偶者の扶養義務	有・無	扶養家族(配偶者除く) 人	
<p>私は地方公務員法第16条に定める欠格事項に該当していません。</p> <p>また、この申込書に記入した事項は事実と相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和    年    月    日</p> <p style="text-align: right;">氏名(自署) _____</p>								