

地方独立行政法人宮城県立病院機構任期付職員採用試験 受験申込書

職 種 名	受験番号 (記入不要)
事務 (任期付職員)	

縦4cm×横3.5cmの脱帽、上半身、正面向きの写真を貼ってください。

ふりがな	性別 (○で囲む)
氏 名	男 ・ 女

生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齢	歳 (平成30年4月1日現在の年齢)
------	-------------	-----	--------------------

現住所・連絡先

ふりがな
(〒 -)
[電話] 自宅等 (- -) 携帯電話等 (- -)

郵送物送付先 (上記現住所以外に受験票等の送付を希望する場合のみ記入してください。)

ふりがな
(〒 -)
[電話] (- -)

学歴 (高等学校から記入してください。)

在学期間	学校名	学部・学科名	卒業又は卒業見込 (○で囲む)
昭・平 年 月～昭・平 年 月			卒業・卒業見込
昭・平 年 月～昭・平 年 月			卒業・卒業見込
昭・平 年 月～昭・平 年 月			卒業・卒業見込
昭・平 年 月～昭・平 年 月			卒業・卒業見込

資格・免許

資格・免許の種類	取得年月日
	昭・平 年 月 日
	昭・平 年 月 日
	昭・平 年 月 日
	昭・平 年 月 日

私は宮城県立病院機構任期付職員採用試験を受験したいので、申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当していません。また、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

- 成年被後見人又は被保佐人
- 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- 地方独立行政法人宮城県立病院機構職員として懲戒解雇又は宮城県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

平成 年 月 日 氏名 (自署) _____

職務経歴等（学校卒業後から平成30年3月末（見込を含む）までの期間の「職務経歴」を順に詳しく記載する。）

在職期間	勤務先（部・課まで）	所在市町村	役職・職務内容
昭・平 年 月 日 ～ 昭・平 年 月 日 [期間： 年 月]			
昭・平 年 月 日 ～ 昭・平 年 月 日 [期間： 年 月]			
昭・平 年 月 日 ～ 昭・平 年 月 日 [期間： 年 月]			
昭・平 年 月 日 ～ 昭・平 年 月 日 [期間： 年 月]			
昭・平 年 月 日 ～ 昭・平 年 月 日 [期間： 年 月]			
昭・平 年 月 日 ～ 昭・平 年 月 日 [期間： 年 月]			
職務経歴通算期間（学校卒業後から平成30年3月末まで（見込を含む）の通算期間）			年 月

（記入に際しての注意事項）

1 「職務経歴」の対象等

- (1) 1つの法人等における勤務期間が6か月未満の場合は「職務経歴」期間の対象外となるため、記入は不要です。
- (2) 正規の職員と同じ勤務形態であれば、契約社員や派遣社員としての職務経歴も年数に含みます。
- (3) 同一期間内に複数の職務に従事した場合には、主たる職務経歴（1つ）のみ通算できます。

2 現在の職業について

- (1) 現在職に就いている場合、当該職の在職期間は、平成30年3月末までの間に勤務する見込の期間を含めて記載してください。（現時点で退職予定がない場合、「平成30年3月31日」までを在職期間としてください。）
- (2) 現在無職の場合、最終職歴の次行に、期間を続けて「無職」と記載してください。

3 欄が不足する場合は、適当な用紙を補足して記入してください。

家族（父母・配偶者・子・兄弟姉妹等について記入してください。）

氏名	続柄	年齢	同居又は別居 （○で囲む）	氏名	続柄	年齢	同居又は別居 （○で囲む）
			同居・別居				同居・別居
			同居・別居				同居・別居
			同居・別居				同居・別居
			同居・別居				同居・別居

健康状態・既往歴等

（確認用署名欄）

平成 年 月 日 氏名 _____