

尾道市立市民病院職員（言語聴覚士・歯科衛生士）採用候補者試験申込書

記入日 年 月 日

尾道市病院事業局試験委員会委員長 様

私は令和6年度採用尾道市立市民病院職員（言語聴覚士・歯科衛生士）採用候補者試験を受験したいので申し込みます。なお、私は試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしています。また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

受験職種 （受験する職種の□の中にレ 印を記入してください。）

☐ F 言語聴覚士

☐ G 歯科衛生士

（１）履歴書

ふりがな		※受験番号 —
名 前		
年 月 日生（ 歳） 男 女		写 真 最近6か月以内に撮影した脱帽上半身のもの（4cm×3cm）とし、糊を全面につけて貼ってください。
現住所 〒 —		
帰省先等、現住所以外の連絡先 〒 — （合格通知書等を帰省先等に送付してほしい場合は、□の中にレ 印を記入してください。 □ ）		
TEL	携帯 TEL	
E-mail アドレス		
受験に際して、車椅子の使用、問題の拡大コピー等、受験上の配慮が必要な場合は、下欄の□の中にレ 印を記入し、詳細を記入してください。		
☐		

記 入 心 得

- （１）記載事項に不正があると、職員に採用される資格を失うことがあります。
- （２）※印欄を除くすべての欄に、かい書でいぬいに自書してください。
また、該当する□の中にはレ印を、その他の該当する事項は○で囲み、数字は算用数字で記入してください。
- （３）住所は他家に同居している場合には、同居先を必ず記入してください。
- （４）職歴は自家営業を含めて、今までの職務経験を記入してください。
- （５）免許・資格は、取得見込みのものも含めて、すべて記入してください。

※受験番号

—

名 前

学 歴	学 校 名	学 部	学 科	在 学 期 間	卒・卒見込等
	中学校			年 月 ～ 年 月	
				年 月 ～ 年 月	卒・卒見込 (その他)
				年 月 ～ 年 月	卒・卒見込 (その他)
				年 月 ～ 年 月	卒・卒見込 (その他)
				年 月 ～ 年 月	卒・卒見込 (その他)

職歴	勤務先名称 (所在地)	職務内容・役職等 (雇用形態)	在職期間	職務経験 年数
最終 (現在)	()	(正 規 ・ 非 正 規)	年 月 日から 年 月 日まで	年 月
前職 1	()	(正 規 ・ 非 正 規)	年 月 日から 年 月 日まで	年 月
前職 2	()	(正 規 ・ 非 正 規)	年 月 日から 年 月 日まで	年 月
前職 3	()	(正 規 ・ 非 正 規)	年 月 日から 年 月 日まで	年 月
前職 4	()	(正 規 ・ 非 正 規)	年 月 日から 年 月 日まで	年 月
前職 5	()	(正 規 ・ 非 正 規)	年 月 日から 年 月 日まで	年 月

※上記職歴のうち、1ヶ月以上の休業等の期間があれば記入してください。

☐ 傷病休暇	☐ その他 ()	年 月 日から 年 月 日まで
☐ 傷病休暇	☐ その他 ()	年 月 日から 年 月 日まで

免 許 ・ 資 格	名 称	取 得 (見 込) 年 月 日
		取得 取得見込 年 月 日
		取得 取得見込 年 月 日
		取得 取得見込 年 月 日
		取得 取得見込 年 月 日
		取得 取得見込 年 月 日
		取得 取得見込 年 月 日
		取得 取得見込 年 月 日

※受験番号

—

名 前

(2) 自己紹介書

① 志望動機（なぜ市民病院を志望したのかを含めて具体的に記入してください。）

② 趣味・特技（社会人としてどのように活かしていきたいかを含めて記入してください。）

③ クラブ活動、スポーツ・文化活動等
（どのような役割を担ったか、経験をどう活かしていきたいかを含めて記入してください。）

④ 自己PR