令和６年度宮崎県病院局会計年度任用職員選考採用試験

（申込書）　　　　　　　　　　　　　1/2

（注意）＊太枠内は記入不要　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込区分 | 医師事務作業補助者一般⬜フル ⬜パート | （ふりがな） |  |
| 氏　　　名 |  |
| ＊受験番号 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日生（満　　　歳） |
| 現住所（連絡先）※合格通知等の送付先になります。 | 〒　　　―自宅電話（　　　　　）　　　　―携帯電話（　　　　　）　　　　― | 写真貼付欄（縦４cm×横３cm）・申込前２か月以内に撮影した脱帽、正面向けで、本人と明確に確認できるもの・写真裏面に氏名を記入 |
| メールアドレス　　　　　　　　　　　@ |
| 最終学歴 |
| 在学期間 | 学校名 | 学部・学科名 | 卒・在学等の別 |
| 年　　　月から |  |  | 卒・中退・卒見込 |
| 年　　　月まで |
| 職歴※職務上の経歴（免許職は免許取得後）を記入してください。　　※当院で勤務経験がある方は、当院での勤務開始日も記入してください。 | ＊月数 | ＊率 | ＊換算月数 |
| 年　　　月から |  |  |  |  |
| 年　　　月まで |
| 年　　　月から |  |  |  |  |
| 年　　　月まで |
| 年　　　月から |  |  |  |  |
| 年　　　月まで |
| 年　　　月から |  |  |  |  |
| 年　　　月まで |
| 年　　　月から |  |  |  |  |
| 年　　　月まで |
| 年　　　月から |  |  |  |  |
| 年　　　月まで |
| 年　　　月から |  |  |  |  |
| 年　　　月まで |
| 年　　　月から |  |  |  |  |
| 年　　　月まで |
| 年　　　月から |  |  |  |  |
| 年　　　月まで |

※２枚目があります。

令和６年度宮崎県病院局会計年度任用職員選考採用試験

（書類選考及び面接カード）　　　　　　　　　2/2

（注意）＊太枠内は記入不要　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込区分 | 医師事務作業補助者一般⬜フル ⬜パート | （ふりがな） |  |
| 氏　　　名 |  |
| ＊受験番号 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日生（満　　　歳） |
| 資格・免許等 | 特技・趣味等 |
| （取得・見込）年　　　　月 | 名称・種別 |  |
|  |
| （取得・見込）年　　　　月 | 名称・種別 |
|  |
| （取得・見込）年　　　　月 | 名称・種別 |
|  |
| 志望動機 |
|  |
| 自己PR |
|  |

|  |
| --- |
| ＊所属使用欄 |
| 職員番号 |  |
| 職種 |  |
| 採用日 |  |
| 満了日 |  |
| 表級号級 |  |

＜記入上の注意＞

1. 必ず黒か青のインク又はボールペンで記入してください。
2. 太枠内は記入しないでください。
3. 記載事項に不正があると、受験を無効とし、地方公務員として採用される資格を失うことがあります。