

臨床研修医採用試験申込書

(西宮市立中央病院)

		受付印		受験番号	
ふりがな				性 別	男・女
氏 名	臨床研修医			受 験 職 種	臨床研修医
生年月日	年 月 日生	満 歳	令和 年(年) 月 日現在	写真をはってください 縦5cm × 横4cm (無帽・上半身・正面)	
現住所	〒 - () - 携帯 : - - E-mail:				
上記以外の連絡先	〒 - () -				
学 歴 (中学校から記入)	在 学 期 間	学 校 ・ 学 部 ・ 学 科 名	制 度	修 学 区 分	名 称 (交 付 年 月 日)
	自 年 月 日	中学校	年制 3	卒 業	(年 月 日)
	自 至			卒業・卒見修了・中退	(年 月 日)
	自 至			卒業・卒見修了・中退	(年 月 日)
	自 至			卒業・卒見修了・中退	(年 月 日)
	自 至			卒業・卒見修了・中退	(年 月 日)
	自 至			卒業・卒見修了・中退	(年 月 日)
職 歴	在 職 期 間	勤 務 先 名 等	所 在 地 (市 町 村 区 名 まで)	職 務 内 容 等	退 職 理 由
	自 年 月 日				
	自 至				
	自 至				
	自 至				
	自 至				
確 認 事 項	地方公務員法第16条(欠格条項・・・成年被後見人又は被保佐人 禁錮(二)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 西宮市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 日本国憲法施行の日以後において、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(その他)に該当しないことを誓約します。				
以上のとおり相違ありません。 年 月 日 氏 名					
(署名欄は、申込者が自署してください。代理記入の場合は、署名欄に申込者の氏名を記入し、その下に代理人名を自署してください。) 記入上の注意 1. 印の欄を除いて、必ず黒インク又は黒ボールペンで、正確かつ明瞭に記入するとともに、該当箇所を で囲んでください。 2. 学歴については、転校の場合は欄をかえて記入し、学校名変更の場合は新名称を旧名称の下にかっこ書きしてください。					

一般事項等

		受付印		受験番号	
一 般 事 項 等	志 望 動 機				
	希 望 す る 仕 事 内 容				
	特 技				
	趣 味 ・ 娯 楽		ス ポ ー ツ		
	ク ラ ブ ・ サ ー ク ル		ホ ー ラ ン テ ィ ア 活 動 等		
	得 意 な 学 科		不 得 意 な 学 科		
自 己 P R 等	自 分 で 認 め る 長 所		自 分 で 認 め る 短 所		
	自 己 P R 等				
以上のとおり相違ありません。(A3袋とし印刷の場合は、この欄の署名は不要) 年 月 日 氏 名					
(署名欄は、申込者が自署してください。代理記入の場合は、署名欄に申込者の氏名を記入し、その下に代理人名を自署してください。) 記入上の注意 必ず黒インク又は黒ボールペンで、正確かつ明瞭に記入してください。					