

地方独立行政法人加古川市民病院機構職員採用申込書

（ 医 師 ）

受付	※	ふりがな				性別	男・女	写 真 ・申込前6カ月以内に撮影したもの
		氏名						
		昭和	年	月	日生(歳)		
ふりがな 現住所	〒		☎ () -					
ふりがな 連絡先	〒		☎ () -					
Mailアドレス	PC :		携帯 :					
学歴	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名		制 度	在学期間 (年/月)		修 学 区 分	
	中学校			年制	/ ~ /		卒業	
	高等学校			年制	/ ~ /		卒業・卒見・修了・中退	
				年制	/ ~ /		卒業・卒見・修了・中退	
				年制	/ ~ /		卒業・卒見・修了・中退	
職歴	勤 務 先		職 務 内 容		在職期間 (年/月)		退 職 理 由	
					/ ~ /			
					/ ~ /			
					/ ~ /			
					/ ~ /			
					/ ~ /			
					/ ~ /			
					/ ~ /			
資格・免許	名 称	取 得 年 月 日	番 号		名 称	取 得 年 月 日	番 号	
	医 師 免 許	. .			保 険 医 登 録	. .		
	身 障 指 定		
	麻 薬 施 用 者		

私は、次の条項には該当していません。

- (1) 成年後見人又は被保佐人
- (2) 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人
- (3) 当法人又は加古川市において懲戒解雇又は懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- (4) 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人

以上の記載事項は事実と相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名

印

