※受験番号		―			

松本市病院局会計年度任用職員　採用試験受験申込書

私は、松本市病院局職員の採用試験を受験したいので、関係書類を添えて申し込みます。

令和　　年　　月　　日

ふりがな		生 年 月 日	
氏　　名		昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）	
現　住　所	〒　　－	TEL（　　） － （連絡のとれる番号）	外国籍の人のみ記入してください
採用試験関係書類送付先	〒　　－ 現住所と同じ場合、同上と記載	TEL（　　） － （連絡のとれる番号）	国籍
本人以外の連絡先	〒　　－ 連絡先の説明（例：実家）	TEL（　　） －	在留資格

〔受験希望〕

受験を希望する試験区分にチェックを入れてください。

□ 助産師　　□ 看護師

誓　　約

松本市病院局職員採用試験に応募するに当たり、募集要項に記載されている欠格条項の事項には該当するものではありません。

また、この申込書、履歴書、身上書、自己紹介書に記載した事項についてもすべて事実に相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　署　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

〔添付書類〕

(1) 履歴書、身上書、自己紹介書　　各１通
（６か月以内に撮影の写真１枚を履歴書に貼付）
(2) 免許証の写し又は卒業見込書
(3) 成績証明書（卒業見込の人のみ）

※受付日	令和　　年　　月　　日	※受付者	

※病院記載欄