

令和7年度採用

受付印

栗原市病院事業会計年度任用職員採用試験申込書

勤務先	職種NO	職 種

受験番号 ※記入不要
—

写真貼付 ※正面脱帽で6ヶ月以内に撮影したもの 縦4cm×横3cm 裏面に氏名を記入してください 令和 年 月撮影	ふりがな		(男・女)	
	氏 名			
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日	年齢は、R7.4.1現在を記入 (満 歳)	
	ふりがな			
	住 所	〒 —		
	電 話 番 号	— —		
	緊急時の連絡先	— —		

学 歴	学校名	学部・学科名	所在地	在学期間 (年月を記入)	卒・卒見の区別 (○で囲むこと)	
	最終(又は現在)		市・区 町・村	昭 平 令 ・ ～ 平 令 ・	卒 ・ 卒見	
	その前		市・区 町・村	昭 平 令 ・ ～ 昭 平 令 ・	卒 ・ 卒見	
	その前		市・区 町・村	昭 平 令 ・ ～ 昭 平 令 ・	卒 ・ 卒見	
	その前		市・区 町・村	昭 平 令 ・ ～ 昭 平 令 ・	卒 ・ 卒見	
職 歴	勤務先(名称) (栗原市の臨時職員等としての職歴についても記載)	雇用形態 (正規・パート等)	職務内容	勤務地	勤務期間 (年月を記入)	備 考
	最終(又は現在)			市・区 町・村	昭 平 令 ・ ～ 平 令 ・ 在職中	
	その前			市・区 町・村	昭 平 令 ・ ～ 昭 平 令 ・	
	その前			市・区 町・村	昭 平 令 ・ ～ 昭 平 令 ・	
	その前			市・区 町・村	昭 平 令 ・ ～ 昭 平 令 ・	
	その前			市・区 町・村	昭 平 令 ・ ～ 昭 平 令 ・	
	その前			市・区 町・村	昭 平 令 ・ ～ 昭 平 令 ・	
資 格 ・ 免 許	名 称	取得年月	名 称	取得年月		
		昭 平 令 ・ 取得 見込		昭 平 令 ・ 取得 見込		
		昭 平 令 ・ 取得 見込		昭 平 令 ・ 取得 見込		
		昭 平 令 ・ 取得 見込		昭 平 令 ・ 取得 見込		

心身の障がい	該当するものを選択し、級別等を記入、又は選択してください。 ☐ なし ☐ 身体（種 級） ☐ 知的（ ☐ A ・ ☐ B ） ☐ 精神（ 級）
	障がい名（ ）
	健康状態や通院等で配慮が必要なこと（ ）
志望動機や仕事する上で心掛けてきたこと等を記入して下さい。	
勤務する上で特に配慮が必要となる場合は記入して下さい。	
○欠格条項について 地方公務員法第１６条（欠格条項）に該当する方は、受験できません。 ※地方公務員法抜粋 第１６条 次の各号のいずれかに該当する者は、条例で定める場合を除くほか、職員となり、又は競争試験若しくは選考を受けることができない。 ・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方 ・当該地方公共団体において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない方 ・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方	
私は、募集要項の記載内容を了承の上、受験を申し込みます。なお、私は地方公務員法第１６条に該当していません。また、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。	
令和 年 月 日	氏名 _____ 印 _____