

契約職員（障害者枠） 採用選考申込書

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (令和3年3月31日現在 満 歳)	
現住所	〒 電話番号 携帯番号	
連絡先 現住所では連絡が 取れ難い場合	〒 電話番号	
特記事項欄 (採用時期について、希望 がある場合はこちらに記 載してください)		
私は、神奈川県立病院機構の契約職員採用に応募したいので申し込みます。 なお、この申込書の記載事項は全て事実と相違ありません。		
令和2年 月 日 氏名		

【裏面に続く】

1 申込職種

希望する募集番号に をつけてください。

募集番号	職種	業務内容	勤務先
1	一般事務	総務、庶務事務	こども医療センター
2	一般事務	総務、庶務事務	循環器呼吸器病センター
3	一般事務	医事課業務に係る事務補助	循環器呼吸器病センター
4	一般事務	感染管理室・医療安全室・看護局に係る事務補助	循環器呼吸器病センター