地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験申込書（経験者採用）

＊記入不要

試験職種	品質管理士（診療放射線技師）　・　臨床工学技士 薬剤師（治験ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ）　・　視能訓練士
ふりがな 氏　　名	性別 男・女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　令和４年４月１日現在（満　　歳）
現住所	〒　　－ （　　）方
	電話番号　　－　　－
	携帯電話　　－　　－
緊急連絡先	〒　　－ （　　）方
	電話番号　　－　　－
前倒し希望日 （希望者のみ）	令和　　年　　月　　日

（写真貼付欄）

写真（※）を貼って提出してください。

※縦 4cm×横 3cm
上半身・脱帽・正面向きの、本人と確認できるもの
裏面に氏名を記入

※上記に必ず写真を貼付してください。

	学校名・学部学科名	在籍期間	修学区分
最終学歴		年　　月から 年　　月まで	卒業（修了）

	資格・免許名称	取得年月日	取得区分
資格・免許		年　　月　　日	取得・取得見込
		年　　月　　日	取得・取得見込
		年　　月　　日	取得・取得見込
		年　　月　　日	取得・取得見込

受験上の配慮を必要とする人（車いすの使用等）は右記に記載してください。	必要事項（　　）

私は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。
なお、私は次のいずれにも該当しません。
・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
・平成 11 年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている人（心神耗弱を原因とするものを除く。）
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。

年　　月　　日

氏　名

※日付、氏名は必ず受験者本人が記入してください。

令和４年４月以前の採用を希望される人は、右の「前倒し希望」欄の○を塗りつぶしてください（希望しない場合は塗りつぶさないでください。）。	前倒し希望 ○

【裏面に続く】

【裏面】

職務経験 ※受験資格の対象となる職務経験以外についても記入してください。	勤務先（所在地）、部課名、役職名	勤務先概要・受験者の具体的職務内容	雇用形態	在籍期間	職務経験
			常勤 契約・非常勤 週　　時間勤	年　月から 年　月まで 在職　年　か月	該当 非該当
			常勤 契約・非常勤 週　　時間勤	年　月から 年　月まで 在職　年　か月	該当 非該当
			常勤 契約・非常勤 週　　時間勤	年　月から 年　月まで 在職　年　か月	該当 非該当
			常勤 契約・非常勤 週　　時間勤	年　月から 年　月まで 在職　年　か月	該当 非該当
			常勤 契約・非常勤 週　　時間勤	年　月から 年　月まで 在職　年　か月	該当 非該当
			常勤 契約・非常勤 週　　時間勤	年　月から 年　月まで 在職　年　か月	該当 非該当
			常勤 契約・非常勤 週　　時間勤	年　月から 年　月まで 在職　年　か月	該当 非該当
	職務経験通算期間（職務経験非該当の期間を除く）			年　か月	

志望動機 ※職務経験を踏まえ、枠内に自由に記入してください。以下同様。

自己PR	
克服したいこと	
氏名	