

佐久穂町立千曲病院臨時職員採用申込書

受付印

				* 受付 番号	
受付区分 (申込みを 希望する 職種1箇所に○印を してください。)	看護部門			* 受付日	
	技術部門	調理員	薬剤師	資格の必要な職種は資格を証明する書類の写しを添付してください。(薬剤師等)	
	その他部門	保育士	保育補助者		
ふりがな 氏名	印		生年月日 (申込日現在年齢)	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
現住所	(〒 ) 電話 ( )		自宅・呼出 ( 方)		
最終学校名	学部 学科	学部		年 月	
		学科		卒・卒見込・学年中退	
世帯主氏名	住所				

上記のとおり別紙必要書類(履歴書)を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

佐久穂町立千曲病院  
佐久穂町長 佐々木 勝 様

(申込書記入上の注意)

1. 黒または青インクで、文字は「かい書」、数字は「算用数字」で記入して下さい。(必ず自筆)
2. \*の欄は記入しないで下さい。
3. 記載欄が不足する場合は、適宜の用紙をはりつけて記入して下さい。  
氏名 戸籍に記載されている正しい文字を使用して下さい。  
住所 他家に居住している方は「 荘」「 方」まで記入して下さい。  
(郵便番号も忘れずに記入して下さい。)