

佐久穂町立千曲病院会計年度任用職員任用申込書											
										年 月 日現在	
フリガナ					性別	生 年 月 日			本 籍		
氏 名						年 月 日 (年 月 日現在 満 歳)			都道府県		
現 住 所		〒 —		TEL	自 宅		— —		写 真 写真の裏全面にのりをつけて この欄にはってください。 ・申込前 3 か月以内に撮影したもの ・脱帽、上半身、正面向 ・縦 4cm、横 3cm ・本人と確認できるもの ・写真裏面に氏名記入		
					携帯電話等		— —				
通 知 先		〒 —		TEL	自 宅		— —				
				FAX			— —				
		(現住所以外に通知先を希望する場合のみ記入)									
最終 学歴	学校名等								卒業(中退)年月		
	(卒業 ・ 中退 ・ 卒業見込)								昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月		
職 歴 (佐久穂町立千曲病院以外)	勤務先	在職期間				雇用区分		職務内容			
		昭和・平成・令和 年 月から 昭和・平成・令和 年 月まで				正規 ・ 臨時 派遣 ・ その他					
		昭和・平成・令和 年 月から 昭和・平成・令和 年 月まで				正規 ・ 臨時 派遣 ・ その他					
		昭和・平成・令和 年 月から 昭和・平成・令和 年 月まで				正規 ・ 臨時 派遣 ・ その他					
		昭和・平成・令和 年 月から 昭和・平成・令和 年 月まで				正規 ・ 臨時 派遣 ・ その他					
		昭和・平成・令和 年 月から 昭和・平成・令和 年 月まで				正規 ・ 臨時 派遣 ・ その他					
		昭和・平成・令和 年 月から 昭和・平成・令和 年 月まで				正規 ・ 臨時 派遣 ・ その他					
		昭和・平成・令和 年 月から 昭和・平成・令和 年 月まで				正規 ・ 臨時 派遣 ・ その他					
(佐久穂町立千曲病院内)	所属課	在職期間				週の勤務時間		職務内容			
		昭和・平成・令和 年 月から 昭和・平成・令和 年 月まで									
		昭和・平成・令和 年 月から 昭和・平成・令和 年 月まで									
資 格 ・ 免 許	名 称		資格・免許を与えた機関				取 得 年 月 日				
							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				
							年 月 日 取得・取得見込				

注意1 裏面の(記入上の注意)をよく読んでから記入してください。
注意2 この申込書の提出によって、任用(雇用)を保証するものではありません。

希望の勤務形態について記入してください。			
勤務可能期間	ヶ月(最長6ヶ月)	勤務開始可能時期	年 月 日から
※次年度以降更新希望(有・無) 必ずしも更新されるとは限りません。			
夜間勤務	可・不可		
土日祝祭日勤務	可・不可(曜日のみ可)		
通勤手段	☐ 自家用車 ☐ 自転車 ☐ 徒歩 ☐ その他()	通勤距離	Km程度
被扶養者	有・無		
その他ご要望がございましたら記入願います。			
<記入上の注意> 1 漏れなく記入してください。記載事項に不正があると、任用される資格を失うことがあります。 2 記入は自筆とし、黒インク又はボールペンを用い楷書で記入してください。 3 数字は算用数字、年月日等は、和暦で記入してください。性別、都道府県、取得年月日欄等については該当するものを○で囲んでください。 4 現住所欄には、下宿、アパート等の場合、方書、棟室番号まで正確に記入してください。 5 通知先欄は、現住所と異なる通知先を希望する場合のみ記入してください。 6 職歴欄には、職業に就いた経験のある方はその内容を記入してください。 7 資格・免許欄には、取得見込みの場合を含めて各職種に必要な資格・免許等を記入してください。 8 記入漏れがある場合は受け付けできませんので、書き終わりましたら、再度確認してください。			
<個人情報の取り扱いについて> 本申込書を通じて取得した個人情報は、会計年度任用職員の選考及び任用に係る事務に利用することを目的とし、本人の同意を得ずにそれ以外の目的に使用することはありません。			