

一部事務組合下田メディカルセンター
職員採用試験申込書

※受付月日

1. 試験区分(職種区分) 公営企業経理(技術職)		2. 氏名(ふりがな) 男・女		4. 申込書提出月日 平成 年 月 日	
		3. 生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (歳) ※年齢は平成30年4月1日現在		※受験番号	
5. 現住所(ふりがな) (郵便番号 -) (電話 - - ・ 携帯電話 - -)					
6. 受験票・結果通知等の送付先 (郵便番号 -) (電話 - -)					
7. 学歴					
学校名	学部学科名	所在地	在学期間	該当を ○で囲む	
現在(最終)			年 月 年 月	卒業 卒業見込 中退	
その前			年 月 年 月	卒業	
その前			年 月 年 月	卒業	
8. 職歴					
勤務先	職務内容	所在地	在職期間		
			年 月 日から 年 月 日まで		
			年 月 日から 年 月 日まで		
私は試験区分欄に記載された職種の採用試験を受験したいので申し込みます。なお、私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。					
平成29年 月 日					
				氏名 印	

一部事務組合下田メディカルセンター
職員採用試験受験票

試験区分	公営企業経理(技術職)
受験番号	※
氏名	

(受験心得)

- 受付時間 平成29年10月15日(日) 午前8時20分 ~ 8時50分
- 試験会場 下田メディカルセンター第1会議室
- 携帯品 この受験票、筆記用具(硬度HB程度の鉛筆・消しゴム)

(この受験票を持参しないと受験できません。)

(申込書記入心得及び添付書類)

- 記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。
- ※印のところ以外はすべて記入してください。
- 黒のインク又はボールペンを用いて記入してください。
- 試験申込書に次の書類を添付してください。
 - 履歴書(写真貼付、指定のもの)
 - 卒業証明書又は卒業見込証明書(最終学校発行のもの。卒業証書の写しでも可)
 - 専門、専修学校卒業(見込)の受験者は、「専修学校における履修課程証明書」(当組合指定の様式)
 - 日本商工会議所簿記検定2級以上の合格証書の写し又は合格証明書
 - 身体障害者は、身体障害者手帳の写し
 - 書類の送付先を明記した封筒(長3)1枚(82円切手貼付)
 ※ 詳しくは、試験案内参照のこと
- 受験番号は、申込締切後、受験案内で通知します。

