

令和8年度
市立青梅総合医療センター職員採用試験申込書

※ 受付	
---------	--

※受験番号	—
-------	---

試 験 日	新卒	A 令和8年4月11日(土) B 令和8年5月16日(土) C 令和8年6月13日(土) ※受験を希望する試験日を ○で囲んでください	受験職種	助産師・看護師 ※受験を希望する 職種を○で 囲んでください	写 真 上半身正面脱帽 (5cm×4cm)
ふりがな				性 別	
氏 名				男 ・ 女	
生年月日	年 月 日			満 歳	
ふりがな					
現 住 所	(〒 —)				
連 絡 先	電話番号 — — E-mail:			左記以外の連絡先 携帯電話・その他(—)	
履 歴	学 歴	年 月から 年 月まで		中学校 卒	
		年 月から 年 月まで		在 ・ 中退 卒見 ・ 卒	
		年 月から 年 月まで		在 ・ 中退 卒見 ・ 卒	
		年 月から 年 月まで		在 ・ 中退 卒見 ・ 卒	
		年 月から 年 月まで		在 ・ 中退 卒見 ・ 卒	
	職 歴	年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
	自 宅 歴	年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			

注 ※印欄は、記入しないでください。

資格・免許	取得年月日		名		称		
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
趣味							
所属クラブ等							
特 技							
志望の動機							

扶 養 親 族 数 (配 偶 者 を 除 く)	人	配 偶 者	有 ・ 無	配 偶 者 の 扶 養 義 務	有 ・ 無
------------------------------	---	-------	-------	--------------------	-------

私は、市立青梅総合医療センター職員採用試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は職員採用試験実施要領に掲げてある受験資格を満たしており、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。

年 月 日

氏 名

必ず自署してください。→

※ つぎの欄は、記入しないでください。

窓口 受付	受理者		郵送 受付	郵便局消印	年 月 日	確認者	
備考							