

大崎市病院事業会計年度任用職員採用試験 受験申込書

令和 年 月 日現在

職 種	メディカル アシスタント (月額制)	受験番号	*	
ふりがな			生年月日・年齢	性別
氏 名			昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所	(〒 -) (電話番号 - -)		(様方)	
連絡先	◇現住所以外に電話連絡・合否結果通知を希望する場合のみ記入してください。 (〒 -) (電話番号 - -)		(様方)	
次の質問に答えてください。				
問 1	禁固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に該当しますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
問 2	大崎市病院事業において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人に該当しますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
問 3	日本国憲法施行の日以降において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人に該当しますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

(下記の記入心得を参照のこと)

記 入 心 得

- (1) 該当する口の中にはレ印を、該当する事項は○で囲んでください。
- (2) 記入はすべて青又は黒インク若しくはボールペンを用い、丁寧に書いてください。数字は算用数字で書いてください。
- (3) 氏名及び生年月日は、正確に記入してください。
- (4) 住所は、寮・アパート等の場合はその名称・部屋番号まで、下宿等の場合には同居先を必ず記入してください。また、電話のある場合には、その局番(又は局名)・番号を記入してください。
- (5) *欄への記入は不要です。