

京丹後市職員（医療技術職員）採用試験申込書

※ 受験番号

—

1 試験区分	・助産師 ・看護師 ・薬剤師 ・言語聴覚士 ・臨床検査技師 ・視能訓練士 ・歯科衛生士		
2 氏名 <small>(ふりがな)</small>			3 性別
4 生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		
5 現住所	〒 — 方 TEL — — E-mail		
6 連絡先	〒 — ※ 試験案内等の送付先を現住所以外に希望する場合に記入 方 TEL — — E-mail		
7 免許の取得状況	助産師免許証	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日取得)	<input type="checkbox"/> 取得見込み
	看護師免許証	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日取得)	<input type="checkbox"/> 取得見込み
	薬剤師免許証	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日取得)	<input type="checkbox"/> 取得見込み
	臨床検査技師免許証	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日取得)	<input type="checkbox"/> 取得見込み
	視能訓練士免許証	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日取得)	<input type="checkbox"/> 取得見込み
	歯科衛生士免許証	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日取得)	<input type="checkbox"/> 取得見込み
8 最終学校名 (学歴)			<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退 <input type="checkbox"/> 卒業見込 年 月 日
9 勤務先及び 職種（現在 就業中の方）			
10 自由記入欄	(配属先の希望、採用日の変更希望がある場合や、特に配慮を要する事柄があれば記入してください。)		
※ 添付書類	①履歴書（写真1枚貼付） ②資格免許証の写し又は卒業見込証明書		
本書のとおり、関係書類を添えて申し込みします。 なお、地方公務員法第16条各号には該当しないことを誓約します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏 名 _____</div> 京丹後市長 様			

【記載要項及び注意事項】

- (1) 「※ 受験番号」欄には、何も書かないでください。
- (2) 「1 試験区分」欄は、いずれかを○で囲んでください。
- (3) 「4 生年月日」欄の年齢は、本書提出日現在の満年齢を記入してください。
- (4) 「8 最終学校名」は、学部、課程等がわかるように記入してください。
- (5) 資格免許証の写しは、医療に関する資格について全て提出してください。
- (6) 申込書の提出先 〒627-8567 京都府京丹後市峰山町杉谷 889 番地
京丹後市 医療部医療政策課 (電話 0772-69-0360)
- (7) 申込書受付期日を経過して提出されたものは、受付をしません。
- (8) 試験日の4日前までに試験通知書が届かない場合は、上記提出先まで必ずお問い合わせください。