臨床研修医採用試験申込書

※受付印		※　受験番号

ふりがな 氏　名		性別	男・女	受験職種	臨床研修医
生年月日	年　月　日生	満　歳	平成　年（　年）　月　日現在		
現住所	〒　－ 携帯TEL：　－　－ E-mail:		TEL(　)　－		
上記以外の連絡先	〒　－		TEL(　)　－		

写真をはってください
縦５cm × 横４cm
（無帽・上半身・正面）

学歴（中学校から記入）	在学期間	学校・学部・学科名	制度	修学区分	免許・資格（取得見込みを含む）	名称（交付年月日）
	自　年　月　日 至	中学校	年制 3	卒　業		（　年　月　日）
	自 至			卒業・卒見 修了・中退		（　年　月　日）
	自 至			卒業・卒見 修了・中退		（　年　月　日）
	自 至			卒業・卒見 修了・中退		（　年　月　日）
	自 至			卒業・卒見 修了・中退		（　年　月　日）
	自 至			卒業・卒見 修了・中退		（　年　月　日）

職歴	在職期間	勤務先名等	所在地（市町村区名まで）	職務内容等	退職理由
	自　年　月　日 至				
	自 至				
	自 至				

確認事項

地方公務員法第１６条(欠格条項・・・・①成年被後見人又は被保佐人　②禁錮(こ)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者　③西宮市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない者　④日本国憲法施行の日以後において、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者　⑤その他)に該当しないことを誓約します。

以上のとおり相違ありません。

年　月　日　　氏名

(署名欄は、申込者が自署してください。代理記入の場合は、署名欄に申込者の氏名を記入し、その下に代理人名を自署してください。)

記入上の注意　１．※印の欄を除いて、必ず黒インク又は黒ボールペンで、正確かつ明瞭に記入するとともに、該当個所を〇で囲んでください。
２．学歴については、転校の場合は欄をかえて記入し、学校名変更の場合は新名称を旧名称の下にかっこ書きしてください。

（西宮市立中央病院）

一般事項等

※受付印		※　受験番号

一般事項	志望動機			
	希望する仕事内容			
	特技			
	趣味・娯楽		スポーツ	
	クラブ・サークル		ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ活動等	
	得意な学科		不得意な学科	
	自分で認める長所		自分で認める短所	

自己PR等	

以上のとおり相違ありません。（Ａ３袋とじ印刷の場合は、この欄の署名は不要）

年　　月　　日　　氏名

(署名欄は、申込者が自署してください。代理記入の場合は、署名欄に申込者の氏名を記入し、その下に代理人名を自署してください。)

記入上の注意　　必ず黒インク又は黒ボールペンで、正確かつ明瞭に記入してください。