

試験区分：医師事務作業補助者

受験番号（※記載不要）

令和7年度 市立秋田総合病院職員採用試験申込書

写真は申込前3か月以内に撮影した脱帽正面向、上半身（たて4cm、よこ3cm）カラー写真を貼ってください。また、写真の裏に氏名を記入してください。	ふりがな		生年月日	性別
	氏名		S・H 年 月 日	
	ふりがな			
	現住所	〒 (電話 - -)		
ふりがな	〒	※現住所と異なる場合のみ記入 (電話 - -)		
通知等の送付先				
学歴 (最終学歴を最上欄に書き、その前の学歴を順に中学校まで記載してください。)	学校名	学部学科名	在学期間	卒業・中退等
	現在（最終）		S・H・R 年 月 ～ S・H・R 年 月	卒業・卒見込・中退
	それ以前		S・H・R 年 月 ～ S・H・R 年 月	卒業・卒見込・中退
			S・H・R 年 月 ～ S・H・R 年 月	卒業・卒見込・中退
			S・H・R 年 月 ～ S・H・R 年 月	卒業・卒見込・中退
			S・H・R 年 月 ～ S・H・R 年 月	卒業・卒見込・中退
職歴 (不足の場合は任意の別紙に記載してください。)	勤務先（下段に所在地）	部・課・係（下段に役職名）	在職期間	
	現在（最終）		S・H・R 年 月 ～ S・H・R 年 月	
			職務内容	
	それ以前		S・H・R 年 月 ～ S・H・R 年 月	
			S・H・R 年 月 ～ S・H・R 年 月	
			S・H・R 年 月 ～ S・H・R 年 月	
			S・H・R 年 月 ～ S・H・R 年 月	
資格・免許	資格・免許の種類	交付機関	取得年月日	
			S・H・R 年 月 日	
			S・H・R 年 月 日	
			S・H・R 年 月 日	
			S・H・R 年 月 日	
			S・H・R 年 月 日	

裏面も記入してください。

あなたが市立秋田総合病院の職員を志望した理由を記載してください。				
今までの職務経験（学生生活）の中で、特に力を入れて取り組んだことについて記載してください。				
経験期間	職種		期間	年 月 ～ 年 月 年間
あなたが市立秋田総合病院に勤めたときに、どのような貢献ができるか記載してください。 ※リーダーになれると思う強みや実績等を記載してください				
自分の特徴（長所、短所等）について記載してください。				

注意事項（申込書記入）

- 採用受験申込書の記載事項に不正がある場合は、職員として採用される資格を失うことがあります。
- (1) ※印欄を除くすべての欄にもれなく記入してください。また、該当する事項は○で囲んでください。
 - (2) 記入は、全て自書するものとし、黒インク（同色のボールペンの使用は可）を用い、丁寧に書いてください。
 - (3) 学・職歴欄や資格・免許欄が不足する場合は、適当な用紙を補足して記入してください。

【署名欄】

私は令和7年度市立秋田総合病院職員採用試験受験案内書に掲げてある受験資格をすべて満たしており、申込書記載の事項はすべて事実と相違ありません。

令和 年 月 日

署名（自筆）
