

令和6年度
多久小城医療組合職員採用試験申込書

受験番号		(写真貼付欄) 3.5cm×3cm 3か月以内に 撮影したもの 裏面に氏名記入
試験区分	一般事務	

氏名	(フリガナ)			性別		
生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
					※令和7年4月1日現在	

住所	(〒)	電話番号
----	------	------

学歴	学校名	学部・学科	所在地	在学期間	修学区分
	(最終・現在)				年 月 から 年 月 まで
				年 月 から 年 月 まで	卒業・ 年中退
				年 月 から 年 月 まで	卒業・ 年中退

職歴	勤務先名称	所在地	所属・役職・担当業務内容(具体的に)	在職期間
	(最終・現在)			
				年 月 年 月
				年 月 年 月
				年 月 年 月
				年 月 年 月

資格免許	資格免許名	取得年月	取得区分	交付機関名
			<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	

私は、多久小城医療組合職員採用試験の受験を申し込みます。
 なお、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。また次の各号のいずれにも該当していません。
 ① 日本の国籍を有しない者
 ② 禁錮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 多久市または小城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者

令和 年 月 日

氏名(自筆)

※受験番号欄は事務局で記入しますので、記入しないでください