|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般社団法人茨城県医師会 事務局職員採用試験申込書 | | | | | | | | | | | | ※受験番号 | |
| 氏名（ふりがな） | | | | | | 生年月日  　　年　　月　　日生　（満　　歳） | | | | | | 写真 | |
| ６ヶ月以内に撮影した写真(無帽・上半身・正面向き・白黒写真可) | |
| 現住所（ふりがな）  郵便番号　　　-  携帯電話　　　　　　　　　　　メールアドレス | | | | | | | | | | | |
| 連絡先（現住所と異なる場合のみ記入）  郵便番号　　　-  （同居先　　　　　　　　　　方）　電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 学歴 | 学校名 | | | 学部・学科名 | | | | 在学期間 | | | | 修学区分 | |
| 現在（最終） | | |  | | | | 年　　月　　日から  　　　　年　　月　　日まで | | | | 卒業・修了・  卒業（終了）見込 | |
| 職  歴 | 勤務先（部課まで） | | 職務の内容 | | | 所在地 | | | | 在職期間 | | | 退職理由 |
|  | |  | | | 電話 | | | | 年　　月から  　　　　年　　月まで | | |  |
|  | |  | | | 電話 | | | | 年　　月から  年　　月まで | | |  |
|  | |  | | | 電話 | | | | 年　　月まで  年　　月まで | | |  |
| 志望動機 |  | | | | | | | | | | | | |
| 資格免許 | 名称 | | | | | | 取得年月 | | | 取得機関 | | | |
|  | | | | | | 年　　日 | | |  | | | |
|  | | | | | | 年　　日 | | |  | | | |
|  | | | | | | 年　　日 | | |  | | | |
| スポーツ活動  サークル活動  ボランティア活動 | |  | | | | | | | 特技 |  | | | |
| 私は受験資格に記された欠格事項のいずれにも該当しておりません。また、この申込書の全ての記載事項に相違ありません。  令和　　年　　月　　日  受験者氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| ※受付 | | | | | ※第１次試験 | | | | | | ※第２次(最終)試験 | | |

（注）※印欄を除く全ての欄にもれなく記入してください。該当する事項は〇で囲んでください。また、お預かりした職員採用試験申込書は返却いたしません。なお、記載された個人情報は当該試験目的以外には使用いたしません。