

		※受験番号			—				
松本市病院局職員 採用試験受験申込書									
私は、松本市病院局職員の採用試験を受験したいので、関係書類を添えて申し込みます。									
令和 年 月 日									
フリガナ				生 年 月 日 (和暦)					
氏 名				年 月 日 歳					
				性 別 (記入は任意です)					
現 住 所		〒		TEL (メールアドレス)					
採用試験関係 書類送付先 住所・氏名 (※希望者の み 記 入)		〒		写真ヨコ 3.5cm×タテ 4cm 程度					
		TEL							
		(連絡のとれる番号)							
外国籍の人のみ記入 してください(※該 当者のみ記入)		国籍							
		在留資格							
〔試験区分〕 受験を希望する試験区分にチェックを入れてください。									
☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 言語聴覚士									
〔試験日〕 9月27日(土)									

① 履 歴 書			
学 歴	高等学校以降の在籍状況をご記入ください。 例) 令和4年4月 ~ 令和6年3月	学部や学科をご記入ください。 例) ○○大学□□学部△△学科	卒業、卒業見込み、中退等をご記入ください。
	~		
	~		
	~		
	~		
	~		
職 歴	直近の5つの職歴をご記入ください。 例) 令和6年4月 ~ 令和7年3月	勤務先名（職種） 例) ○○市立◇◇病院（看護師）	
	~		
	~		
	~		
	~		
	~		
資 格 取 得	資格名	取得（見込み）年月日	取得または 取得見込み
賞 罰	時 期	内 容	

② 身 上 書

志 望 動 機 (400 字以内)	
趣 味 (100 字以内)	
特 技 (100 字以内)	
ストレス 発散方法 (100 字以内)	
【備考】 各項目で書ききれない場合はこの欄に記入してください	
誓 約 松本市病院局職員採用試験に応募するに当たり、募集要項に記載されている欠格条項の事項には該当するものではありません。 また、この申込書に記載した事項についてもすべて事実と相違ありません。 年 月 日 署 名 _____	
※受付日	年 月 日 ※受付者

※病院記載欄