※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。

受付

フリガナ		生 年 月 日（和暦）	
氏　　名		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）	〒 TEL （連絡のとれる番号）	写真ヨコ 3.5cm×タテ 4cm 程度	

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

〔試験日〕

令和９年１月９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３年４月 ～ 令和７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７年４月 ～ 令和８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に相違ありません。

署 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※受付日	年 月 日	※受付者

※病院記載欄