

熊本市職員採用選考試験申込書

[医師]

熊本市人事課

職 種 ※希望する方へ○ 公衆衛生医師 ・ 産業医	私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。また、この申込内容に相違ないことを宣誓します。 (ふりがな) _____ 氏 名 _____ ・必ず受験者本人が自筆すること。				※受験番号 (記入不要)
国 籍 (○で囲む) 日本国籍 ・ 外国籍	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) ・年齢は、各年4月1日現在で記入すること。				※提出された試験関係書類は返却できません。
性 別 (任意項目) 男 ・ 女	生年月日 (年 齢)				
現住所	〒 _____ - _____ - _____ ・現在住んでいるところを記入すること。				
連絡先	電 話 番 号	自宅(_____) - _____ 携帯(_____) - _____			
	メールアドレス	_____			
学 歴	学 校 名	学 部 名	学 科 ・ 専 攻	在学期間	修学区分 (○で囲む)
	最終			昭・平・令 _____ 年 _____ 月から 昭・平・令 _____ 年 _____ 月まで	卒 業 卒業見込
	その前			昭・平・令 _____ 年 _____ 月から 昭・平・令 _____ 年 _____ 月まで	卒 業
必須免許資格	医師免許	取得 (見込) 年月 昭和 ・ 平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月			取得 ・ 取得見込 (○で囲む)
	産業医の資格 ※産業医応募者のみ	取得 (見込) 年月 昭和 ・ 平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月			取得 ・ 取得見込 (○で囲む)

【 通知先住所 】

- ・合格通知など、試験に関する全ての通知を郵送する際に使用するので、確実に届く送付先の郵便番号、住所及び氏名を楷書で丁寧に記入すること。
- ・(_____)内には何も記入しないこと。
- ・氏名欄の「様」は、訂正しないこと。

〒 _____ - _____ - _____
 住所 _____

 氏名 _____ 様 (_____)

写真票

熊本市職員採用選考試験 (医師)

※受験番号 (記入不要)

職 種
医 師 (公衆衛生医師 ・ 産業医)

ふりがな	
氏 名	

(写真添付欄) 写真のない方は受付できません 写真は、申込前3か月以内に写したもので、上半身、脱帽、正面向きで本人と確認できるもの。 (写真裏面に氏名を明記) ※縦4cm×横3cm
--

※写真票は切り取らずに提出してください。

職歴（直近のものから順に記載）	勤務先	勤務内容	所在地	在籍期間		
	1			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間
					年 月 日まで	
	2			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間
					年 月 日まで	
	3			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間
					年 月 日まで	
	4			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間
					年 月 日まで	
	5			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間
					年 月 日まで	
	6			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間
年 月 日まで						
7			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間	
				年 月 日まで		
8			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間	
				年 月 日まで		
9			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間	
				年 月 日まで		
10			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間	
				年 月 日まで		
11			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間	
				年 月 日まで		
12			都 道 府 県	年 月 日から	年 月間	
				年 月 日まで		

免許・資格・賞罰等	免許・資格等の名称	取得年月日	発行機関
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	