

# 多久小城医療組合会計年度任用職員登録申込書

任命権者 あて

多久小城医療組合会計年度任用職員の登録をしたいので、次のとおり申し込みます。

写 真  
上半身無帽  
(3cm×4cm)  
※写真の裏面に氏名  
を記入

ふりがな			
氏名			
生年月日	年 月 日生	性別	男・女
住所	〒 -		
電話		携帯電話	
学歴 (新しいもの から順に記 入)	学校・学科	在学期間	
		年 月～	年 月 卒業・卒業見込・中退・修了
		年 月～	年 月 卒業・卒業見込・中退・修了
		年 月～	年 月 卒業・卒業見込・中退・修了
職歴 (新しいもの から順に記 入)	勤務先名称・所属	就労形態	就労期間
		正社員・パート・嘱託・臨時 その他 ( )	年 月～ 年 月
		正社員・パート・嘱託・臨時 その他 ( )	年 月～ 年 月
		正社員・パート・嘱託・臨時 その他 ( )	年 月～ 年 月
		正社員・パート・嘱託・臨時 その他 ( )	年 月～ 年 月
希 望 に 関 す る 事 項	希望する職種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	希望する部門	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	勤務日数や勤務時間に関する希望事項	<input type="checkbox"/> なし ある場合 (具体的にご記入ください)	
	配慮事項・その他希望事項		
	希望する職種・部門以外での勤務は可能ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

パソコン操作について	WORD	<input type="checkbox"/> ①図や差し込み文書の作成等ができる
		<input type="checkbox"/> ②入力など、簡単な操作のみできる
		<input type="checkbox"/> ③未経験
	EXCEL	<input type="checkbox"/> ①関数やグラフの作成等ができる
		<input type="checkbox"/> ②入力など、簡単な操作のみできる
		<input type="checkbox"/> ③未経験
免許・資格等の取得状況	免許・資格等の名称	取得年月日
		年 月 日 取得・取得見込
志望動機 自己PR		
署名欄	この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。	
	年 月 日	
	氏名	(自署)

(以下、多久小城医療組合記入欄)

登録年月日	年 月 日		
登録番号			
登録後の任用歴	課・係	職種	任用期間
			～
			～
			～
			～
			～