

令和4年度会計年度任用職員（短期勤務）登録申込書（病院：理学療法士）

写真貼付 上半身・無帽 最近3月以内 縦 4.0 cm 横 3.0 cm	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (提出日現在満 歳)
	現住所	〒	電話番号	(自宅) (携帯)
	市立病院までの交通手段 (予定)	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> バス (最寄りバス停：) <input type="checkbox"/> 電車 (最寄り駅：)		
	国籍	外国籍の人のみ【在留資格】：		

学歴	期間	学校名・学部学科等	修学区分
	年 月から 年 月まで		卒業・()
	年 月から 年 月まで		卒業・()
職歴	期間	名称・職種等	退職理由
	年 月から 年 月まで		
	年 月から 年 月まで		
	年 月から 年 月まで		
資格 免許	(年取得)	(年取得)	
	(年取得)	(年取得)	
OA機器 入力・操作	▼アプリケーション（ソフト）の操作について（該当するもの全てにチェック） <input type="checkbox"/> 表計算ソフトの操作が可能 <input type="checkbox"/> データベースソフトの操作が可能 <input type="checkbox"/> ワードプロソフトの操作が可能 <input type="checkbox"/> 入力のみ可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ▼キーボード操作（いずれか1つにチェック） <input type="checkbox"/> タッチタイピングが可能 <input type="checkbox"/> キーボードを見ながらであればスムーズに入力可能 <input type="checkbox"/> キーボードを見ながらでも入力に時間がかかる		
自己PR			
私は、茅ヶ崎市立病院会計年度任用職員採用試験を受験したいので申します。 また、試験案内に掲げる受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。			
年 月 日 本人氏名（自署）			
備考（事務局使用欄）			