

障がい者を対象とした会計年度任用職員採用試験（島根県立中央病院）  
申込書（記入用）

希望する勤務時間に○をしてください。※受験案内1.(1)エに該当する方のみ		*受験番号
<input type="checkbox"/> 月130時間 <input type="checkbox"/> 週20時間		
氏名（ふりがな）	生年月日	性別
	年      月      日生（満      歳）	
現住所（携帯電話については、連絡手段として了解いただける場合に記入してください）		
〒 電話（自宅）      (携帯)		

■志望動機について300字以内で記入してください。

■自己PR、職務に活かすことができる特技などについて、300字以内で記入してください。

(注) 1. \*印以外の部分すべてについて記入してください

1. 4件以上の部分入力にて、記入して下さい。  
**2. 受験案内の1. 受験資格 (1) のエに該当する方は希望する勤務時間を選択してください。**  
3. 黒インク又は黒のボールペンを用い、かい書でていねいに記入してください (ワープロ可)  
4. 履歴書 (市販の J I S 規格) を添付してください。  
5. 資格・免許が必要な職種に応募する場合で、既に資格・免許を有している人は、資格・免許証の写しを添付してください。

この頁は空白です