

地方独立行政法人

神奈川県立病院機構職員 採用選考申込書  
(任期付研究員)

ふりがな  氏 名		性 別  ※記載は任意です	生年月日  昭和・平成 年 月 日生
現住所 (〒 )  電話 ( ) 携帯電話 ( )		外国籍 <input type="checkbox"/> (外国籍の方のみ <input type="checkbox"/> を記入してください。)	
資 格 ・ 免 許			
名 称	取得 (見込み) 年月日		認定 (交付) 機関
<p>私は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用選考を受験したいので別紙履歴書を添えて申し込みます。この申込書及び別紙履歴書のすべての記載事項に相違ありません。 なお、私は次のいずれにも該当していません。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 成年被後見人又は被保佐人 (準禁治産者を含む。)</li><li>・ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人</li></ul> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名</p>			
			<div>(写真貼付欄)</div> <div>写真 (※) を貼って提出してください。</div> <div>※縦4cm×横3cm 上半身・脱帽・正面向きの、本人と確認できるもの 裏面に氏名を記入</div>

選考結果発表の際、神奈川県立病院機構ホームページに合格者の受験番号を掲載しますが、合格しても自分の受験番号をホームページに掲載しないことができます。ホームページに受験番号を掲載したくない場合は、右の「掲載を希望しない」欄の○を塗りつぶしてください (掲載を希望する場合は塗りつぶさないでください。)	掲 載 を 希 望 し な い  ○
短時間正規職員制度にご興味のある人は、右の「詳細希望」欄の○を塗りつぶしてください。詳細のわかる関係資料をお送りさせていただきます (希望しない場合は塗りつぶさないでください。)	詳 細 希 望  ○