令和9年度　天草市病院事業会計年度任用職員採用試験申込書

申込内容（※申込む勤務先、職種及び勤務時間を実施要綱から記入）	申込区分	※受験番号	写真貼付
(1)勤 務 先:			写真は、申込前3ヶ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。 （縦4cm×横3cm程度）
(2)職　　種:			
(3)勤務時間:			

氏　　名
（ふりがな）

生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　　生 令和9年4月1日現在で満　　歳	性別	
現住所	（ふりがな） 〒　　－	電話	－　　－
		携帯	－　　－
連絡先	（ふりがな） 〒　　－	電話	－　　－
		携帯	－　　－

最終学歴	在学期間	学校名	学部	学科・専攻	所在地（市町村名まで）	卒・在学等の別
	年　月から 年　月まで					・卒　・卒見込 ・　年在学 ・　年中退

天草市立病院での勤務経歴の有無	□ 有 （有の場合は下記に詳細を記入）	□ 無

在職期間	所属病院名	職種	職員区分（正規・臨時の別）
年　月 ～ 年　月			
年　月 ～ 年　月			
年　月 ～ 年　月			
年　月 ～ 年　月			
年　月 ～ 年　月			

天草市立病院以外の職歴の有無	□ 有 （有の場合は下記に詳細を記入）	□ 無

在職期間	勤務先名	仕事内容	職員区分（正規・臨時の別）
年　月 ～ 年　月			
年　月 ～ 年　月			
年　月 ～ 年　月			
年　月 ～ 年　月			
年　月 ～ 年　月			

※裏面もあります。

＜記入上の注意＞

(1)※印欄を除く全ての欄に記入してください（必ず黒か青のインク又はボールペンを使用すること。）。

(2)該当する事項は〇で囲んでください。

(3)合格通知等は、すべて「連絡先」に行いますので、最も確実な所を記入してください。

(4)記載事項に不正があると、受験を無効とし、地方公務員として採用される資格を失うことがあります。

	名称（種別）	交付機関	取得（予定）年月日
免許・資格等			年　月　日 取得・見込
			年　月　日 取得・見込
			年　月　日 取得・見込
			年　月　日 取得・見込
			年　月　日 取得・見込

志望動機	
自己ＰＲ	

(1)拘禁刑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者
(2)天草市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
(3)日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

私は、上に掲げる各号のいずれにも該当しておりません。
また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

年　　月　　日

申込者氏名（自筆）