

市立室蘭総合病院 会計年度任用職員採用試験申込書

整理番号	職 種			受験番号 (記入不要)	※ () 第 号
—					
フリガナ				性 別	□ 男 □ 女
氏 名					
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生 (申込日現在 満 歳)				写 真 縦 4 cm × 横 3 cm ※ 6 カ月以内に撮影 した正面向き、脱 帽、上半身のもの
現住所	〒 —				
連絡先	電話： — — メールアドレス：				
学 歴	学校名	学部・学科等	在学期間 (令和:R, 平成:H, 昭和:S で記載)		卒業・卒業見込等の区別 (○で囲むこと)
	新しい順に記入	最終 (または現在)		年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・中退
		その前		年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・中退
		その前		年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・中退
当院での任用履歴		<input type="checkbox"/> 有り (※有りの場合は下記に詳細を記入)			<input type="checkbox"/> 無し
職員区分(○で囲むこと)	在職期間 (令和:R, 平成:H, 昭和:S で記載)		在職月数	任用所属 (職名)	
新 しい 順 に 記 入	正職・嘱託・臨時	年 月 ~ 年 月	月		
	正職・嘱託・臨時	年 月 ~ 年 月	月		
	正職・嘱託・臨時	年 月 ~ 年 月	月		
	正職・嘱託・臨時	年 月 ~ 年 月	月		
	正職・嘱託・臨時	年 月 ~ 年 月	月		
	正職・嘱託・臨時	年 月 ~ 年 月	月		
当院以外の職歴		<input type="checkbox"/> 有り (※有りの場合は下記に詳細を記入)			<input type="checkbox"/> 無し
職 歴	勤務先 (名称)	雇用形態 (正規・パート等)	所在地	勤務期間 (令和:R, 平成:H, 昭和:S で記載)	職務内容
新 しい 順 に 記 入	最終 (在学中、無職の場合は「なし」と記入)		市区 町村	. ~ .	
	その前		市区 町村	. ~ .	
	その前		市区 町村	. ~ .	
	その前		市区 町村	. ~ .	
	その前		市区 町村	. ~ .	
	その前		市区 町村	. ~ .	
	その前		市区 町村	. ~ .	

資格・免許（自動車運転免許等）			
種 別	取得年月日		
	昭和・平成・令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	年	月 日
志望動機（自由記載）			
パソコンの使用（ワード・エクセル等の操作）		□可 ・ □不可	

<p>1. 再度の任用について 2回目の再度任用までは人事評価等により翌年度の任用を決定します。3回目の再度任用を希望される場合は面接試験の受験が必要です。 なお、<u>再度任用は、会計年度任用職員としての任用を決定するものであり、同じ職種や勤務場所での任用を保証するものではありません。前年度とは異なる勤務条件での任用となる場合がありますので、ご承知おきください。</u></p>	□	左記の「1. 再度の任用について」をよくご覧になり、内容をご理解、確認されましたら自筆でチェックをしてください。
<p>2. 兼業について 他の事業所との兼業を希望する場合は、届出が必要です。届出には、次の項目をすべて満たしていることが必要です。 ① 兼業先の業務と勤務時間が重複しないこと。 ② 1日の合計就労時間が8時間を超えないこと。 ③ 1週間の合計就労時間が40時間を超えないこと。 ④ 1週間のうち、少なくとも1日の休日（どちらの業務もない日）があること。 ⑤ 兼業先の業務が、当院の会計年度任用職員の身分上ふさわしくない性質をもたないこと。</p>	□	左記の「2. 兼業について」をよくご覧になり、内容をご理解、確認されましたら自筆でチェックをしてください。
	□	採用後の兼業予定について、当てはまる事項にチェックしてください。 兼業する
	□	兼業はしない

3. 欠格事項について
地方公務員法第16条（欠格事項）に該当する方は受験できません。
※地方公務員法抜粋

（欠格事項）
第十六条 次の各号のいずれかに該当する者は、条例で定める場合を除くほか、職員となり、又は競争試験若しくは選考を受けることができない。
一 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者
二 当該地方公共団体において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から二年を経過しない者
三 人事委員会又は公平委員会の委員の職にあって、第六十条から六十三条までに規定する罪を犯し刑に処せられた者
四 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、受験要件に該当し、市立室蘭総合病院会計年度任用職員採用試験を受験したいので申し込みます。
また、この申込書のすべての記載した事項は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

(氏名) _____ 自筆による署名

市立室蘭総合病院会計年度任用職員採用試験 障がい者手帳（写）提出用シート

※

整理番号 —	職種	氏名
---------------	----	----

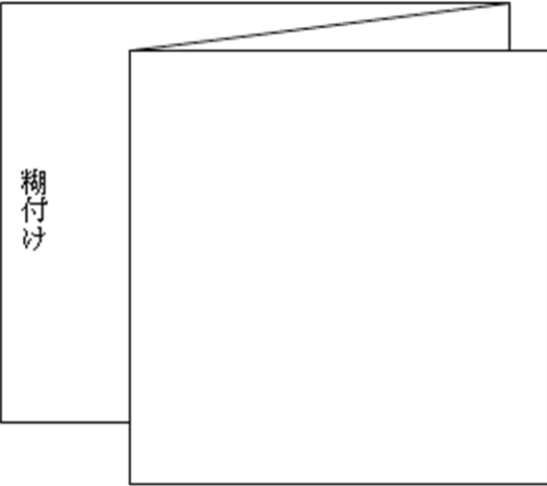
※ 申込書で選択した整理番号・職種を転記してください。

障がい者手帳			
交付機関名	都・道・府 県・市	障がい名	
交付番号	第 号		
交付年月日	年 月 日	障がいの等級	第 種 級
試験当日に配慮すべき事項がある方は内容をご記入ください。			

貼 付 欄

用紙からはみ出る場合は折りたたんでください。

(貼付例)



糊
付
け