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）

勤務時間 １．受験資格（１）のエに該当する方のみ記入可	希望する勤務時間に〇をしてください。 ・月１３０時間 ・週２０時間	＊受験番号

氏名（ふりがな）	生年月日 年　　月　　日生（満　　歳）	性別

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。

300

■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。

300

（注）１，＊印以外の部分すべてについて記入してください（第２希望は採用区分Ⅱ-①のみ記入可）。
ただし、性別欄の記載は任意とします。
２，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（ワープロ入力の場合は別紙様式使用）。
３，履歴書（市販のＪＩＳ規格）を添付してください。
４，資格・免許が必要な職種に応募する場合で既に資格等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。