

京都市職員（精神保健福祉センター医師）採用試験申込書

※

		職種			医師	
氏名	ふりがな	生年月日	昭和	年	月	日
	(男・女)		平成	令和6年4月1日現在満	歳	
連絡先	郵便番号	-				
	電話( )	-	携帯電話( )	-		
学歴	最終	学校名	学部・学科・専攻名	所在地	在学期間	卒業・卒業見込等の別
	その前			都府県	年 月 から	卒業(修了) 卒業(修了)見込 中退( 年) 在学( 年)
					年 月 まで	
	その前			都府県	年 月 から	卒業(修了) 卒業(修了)見込 中退( 年) 在学( 年)
年 月 まで						
職歴(直近のものから順に記載)	1	勤務先	勤務内容	所在地	在職期間	
	1			都府県	年 月 日から	年 月間
					年 月 日まで	
	2			都府県	年 月 日から	年 月間
					年 月 日まで	
	3			都府県	年 月 日から	年 月間
					年 月 日まで	
4			都府県	年 月 日から	年 月間	
				年 月 日まで		
5			都府県	年 月 日から	年 月間	
				年 月 日まで		
6			都府県	年 月 日から	年 月間	
				年 月 日まで		
資格免許等	資格・免許等の名称	取得年月日	発行機関等		記号・番号	
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
応募動機						
自署欄	私は、京都市職員(医師)採用試験を受験したいので、受験案内の記載事項を了承のうえ、申し込みます。なお、私は、受験案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書の記入事項に相違ありません。					

↑必ず自署にて氏名及び日付を記入してください。

(京都市保健福祉局)

<記入上の注意>

- ※印の欄を除く全ての欄に、黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
- 記入事項に虚偽又は不正があると、採用される資格を失うことがあります。
- 写真欄には必ず写真(縦4cm, 横3cm)を貼ってください。
- 職歴欄で、在職中の方は退職予定時期を記入してください。