

松戸市病院事業 職員採用試験受験申込書

私は、松戸市病院事業職員採用試験を受験したいので、受験資格をすべて満たしたうえ、必要書類を添え申し込みます。

私は、次に掲げる各号のいずれも該当しておりません。また、提出した書類の記載事項は事実と相違ありません。

- 1 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
- 2 松戸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

年 月 日

(自署サイン)

受験番号	
------	--

職種	保健師	試験日	第 回 (月 日)
----	-----	-----	------------

採用可能日	年 月 日
-------	-------

ふりがな		性別	生年月日	年齢
------	--	----	------	----

氏名		男・女	年 月 日	歳
----	--	-----	-------	---

ふりがな		電話番号
------	--	------

現住所	〒	
-----	---	--

連絡先	現住所以外に書類を送付希望する場合のみ記載すること。		携帯電話番号
	〒		(緊急時の連絡)

e-mail	
--------	--

最終学歴	学校名	学部・学科名
	卒業・卒業見込み	

..... 切り取らないでください

松戸市病院事業 職員採用試験受験票 (令和 年度 第 回)

<p>写真を必ず貼付</p> <p>上半身脱帽正面向 6ヶ月以内に撮影 サイズ (4cm×3cm) * 写真の裏面に 氏名を記入</p>

受験番号	
------	--

職種	保健師
----	-----

ふりがな		性別	生年月日	年齢
------	--	----	------	----

氏名		男・女	年 月 日	歳
----	--	-----	-------	---

※当日必ず持参すること。

履 歴 書

受験番号	
------	--

職種	保健師		
ふりがな		性別	生年月日
氏名			年 月 日
ふりがな			電話番号
現住所	〒		
e-mail			

写真を必ず貼付

上半身脱帽正面向
6ヶ月以内に撮影
サイズ(4cm×3cm)
*写真の裏面に
氏名を記入

学歴	学校名	学部・学科名	期間	修学年数	修学区分
高 等 学 校 か ら 最 終 の 学 場 合 ま で 古 い 順 に 記 入 す こ と			年 月から 年 月まで		・卒業 ・年退学 ・卒業見込み ・在学中
			年 月から 年 月まで		・卒業 ・年退学 ・卒業見込み ・在学中
			年 月から 年 月まで		・卒業 ・年退学 ・卒業見込み ・在学中
			年 月から 年 月まで		・卒業 ・年退学 ・卒業見込み ・在学中
			年 月から 年 月まで		・卒業 ・年退学 ・卒業見込み ・在学中

医療関連 ・資格 ・免許	名称	取得年月日	取扱機関
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

その他 ・資格 ・免許	名称	合格・取得年月日	取扱機関
		合格 年 月 日	
		取得 年 月 日	
		合格 年 月 日	
		取得 年 月 日	
		合格 年 月 日	

転居予定	有 () ・ 無 → 想定通勤時間： 時 分		
扶養家族数	人 (配偶者を除く)	配偶者	有 ・ 無 配偶者の扶養義務 有 ・ 無

受験番号	
------	--

職歴	名称	雇用形態	在職期間	職務内容
			常勤、臨時、 契約、派遣、 その他	年 月 日から 年 月 日まで 年 月
		常勤、臨時、 契約、派遣、 その他	年 月 日から 年 月 日まで 年 月	
		常勤、臨時、 契約、派遣、 その他	年 月 日から 年 月 日まで 年 月	
		常勤、臨時、 契約、派遣、 その他	年 月 日から 年 月 日まで 年 月	
		常勤、臨時、 契約、派遣、 その他	年 月 日から 年 月 日まで 年 月	
		常勤、臨時、 契約、派遣、 その他	年 月 日から 年 月 日まで 年 月	
		常勤、臨時、 契約、派遣、 その他	年 月 日から 年 月 日まで 年 月	

病休・産 休・育休 等の取得 歴	事由	期間	備考
			年 月 日～ 年 月 日
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	

医療関係 の研修会 への参加 歴	名称	主催者	開催日
			年 月 日 (日間)
			年 月 日 (日間)
			年 月 日 (日間)
			年 月 日 (日間)
			年 月 日 (日間)
			年 月 日 (日間)

賞罰等	
-----	--

松戸市病院事業での経験等

無											
有	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分 (実習、見学等)</th> <th>時期</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)</td> </tr> </tbody> </table>	区分 (実習、見学等)	時期		年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)		年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)		年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)		年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)
区分 (実習、見学等)	時期										
	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)										
	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)										
	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)										
	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)										

保育所・駐車場の希望 (空き状況等により、利用できない場合があります。)

保育所	あり・なし	駐車場	あり・なし
-----	-------	-----	-------

電子カルテ・PC操作

電子カルテ	あり・なし	PC操作	タイピング・インターネット検索・WORD・EXCEL
-------	-------	------	----------------------------

受験番号

--

志望の理由	

自分自身を自由に表現してください	

採用時に希望する事項 (考慮しなければならないこと等)	

〈記入要項〉

1 受験申込書

- ① 試験日は、希望する試験実施日を必ず記入してください。
- ② 採用可能日：卒業見込み者は、来年度の4月1日の日付を記入してください。
有資格者は、予定で結構ですので、必ず記入してください。（各月1日）
- ③ 連絡先は、現住所以外に書類を送付希望する場合のみ記入してください。
- ④ 携帯電話番号は、緊急時の連絡先として記入してください。なお、上段の電話番号に記入した場合は記入不要です。
- ⑤ 受験票は当院で切り離しますので、切り離さず、職種・名前・性別等を記入の上、提出してください。

2 履歴書

- ① 転居予定は、採用を前提として記入してください。
- ② 職歴は、全て記入してください。なお、職務内容は具体的に記入してください。
- ③ 現在就労中の方は、職歴の在職期間終了日に退職予定日を記入してください。
- ④ PC操作は、タイピング、インターネット検索、WORDでの文書作成、EXCELでの簡易な表計算作成程度の操作ができる場合は、各項目に○を付けてください。
- ⑤ 受験申込書・履歴書は、片面で印刷してください。

〈提出書類〉

- ① 受験申込書・履歴書（松戸市病院事業指定様式）
- ② 有資格者：当該職種免許証の写し
卒業見込み者：卒業見込証明書・成績証明書
※学校の都合で成績証明書を期日内に準備できない方は、在学証明書を添付してください。
その場合、試験日までには必ず成績証明書を提出してください。

※提出書類に不備等があった場合、受験できない場合がありますのでご注意ください。

不明な点

記入する際に、不明な点がありましたら、お問い合わせください。

なお、提出書類は一切お返ししません。

【お問合せ先】

〒270-2296 千葉県松戸市千駄堀993番地の1

松戸市病院事業 事務局人事課

電話 047-712-0715（直通）

e-mail mchjinji@city.matsudo.chiba.jp