

採用試験（初期臨床研修歯科医）

松戸市立総合医療センター初期臨床研修歯科医 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、応募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いません。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

令和 年 月 日

(自署サイン)

受験番号	
------	--

職種	歯科医師	試験日	
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	〒 —		
連絡先	現住所以外に受験票等の送付を希望する場合は記入すること		携帯電話番号
	〒 —		
最終学歴	学校名		学部・学科名
	卒業・卒業見込み		
e-mail			
マッチングプログラム ユーザーID			

..... 切り取らないでください

松戸市病院事業 採用試験受験票

写真を必ず添付

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

職種	歯科医師
受験番号	

ふりがな		性別	生年月日
氏名			年 月 日

*選考日当日必ず持参すること

履 歴 書

職種	歯科医師			受験番号	
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	〒 —				
ふりがな				携帯電話番号	
連絡先	〒 —				
e-mail					

写真を必ず添付

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
場で* 合古高 もい等 記順学 入に校 すに記 ること 入、最 在終 学学 中歴 のま			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	資格名	取得日	取扱機関
		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	
	取得 年 月 日		

職 歴	名称	在職期間	職務内容
		年 月から	
		年 月まで	
		年 月から	
		年 月まで	
		年 月から	
		年 月まで	
	年 月から		
	年 月まで		

賞罰等	
-----	--

採用試験（初期臨床研修歯科医）

受験番号	
------	--

社会活動 の状況 ・クラブ ・ボランティア ・趣味等	

採用時に 希望する 事項	

他への 希望状況		試験日： 年 月 日
		試験日： 年 月 日
		試験日： 年 月 日

転居予定	有（ ）・無 → 想定通勤時間： 時 分
------	----------------------

当院での経験等

有無	内容	
無	実習先（ ）	
有	区分	時期
	実習・見学・その他（ ）	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
	実習・見学・その他（ ）	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
	実習・見学・その他（ ）	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
実習・見学・その他（ ）	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	

自由記入欄（特に述べたいことがあれば自由に記入してください）

「受験申込書・履歴書」記入要領

- ① 消すことができない黒インクまたは黒ボールペンで、記入漏れや間違いがないように、必ず本人が記入する。
- ② 丁寧に判別しやすい文字で記入する。
- ③ 電話番号は携帯電話を含め連絡が付きやすいものを記入する。
- ④ 写真は、上半身脱帽正面向、6ヶ月以内に撮影したものを使用し、裏面に氏名を記入してから受験申込書、履歴書に添付する。（サイズは：4cm×3cm）
- ⑤ 受験票は当院で切りはなすので、切りはなさず、職種・名前・性別等を記入の上、提出すること。
- ⑥ 職歴における職務内容欄は、職務経験内容がわかるように具体的に記入する。
- ⑦ 申込書・履歴書は片面印刷とする。

「必要書類」

- ① 受験申込書・履歴書（松戸市病院事業指定）様式
- ② 卒業（見込）証明書
- ③ 成績証明書
- ④ 受験票返送用封筒

長形3号（12cm×23.5cm）封筒（サイズ指定）をご用意ください。

封筒には、送付先郵便番号・住所・氏名を記入し、404円分の切手を貼付してください。

氏名の後に「様」を記入してください。（「行」、「宛」等は記入しないでください。）