

小笠原村職員(医師)採用選考申込書

年 月 日現在(申込日)

選考区分	医師	
ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	年 月 日生(満 歳)	
ふりがな		
現住所	〒 TEL (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	
受験票・選考結果 連絡先	〒 TEL	

写真
最近6ヶ月以内に 撮影したもの (上半身脱帽正面)

学 歴 (新しい学歴からさかのぼって記入)

学校名・学部学科名	年制	在学期間	入学	卒業	卒業見込	中退
		昭和・平成 年 月から				
		昭和・平成 年 月まで				
		昭和・平成 年 月から				
		昭和・平成 年 月まで				
		昭和・平成 年 月から				
		昭和・平成 年 月まで				

職 歴 (新しい職歴からさかのぼって記入)

*免許、資格を要する職種はアルバイト等も記入し、書ききれない場合は別紙に記入してください。

勤務先名	仕事内容	雇用形態	勤務期間
			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
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで

資格・免許

名称種別	取得年月	取扱機関
医師	.	
	.	
	.	

*希望する会場の右欄に○をつけて下さい。

希望選考会場	小笠原村役場	小笠原村東京連絡事務所
--------	--------	-------------

小笠原村職員を希望した理由を書いて下さい。

私は、このたび小笠原村職員採用選考要項の記載内容を了承のうえ、同試験を受験したいので申し込みます。なお、私は採用選考要項に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

令和 年 月 日 氏 名 (必ず自書して下さい)

*受験番号欄は記入しないでください。

受験番号	-
-------------	---

