

令和7年度大崎市短期・不定期会計年度任用職員採用選考申込書

選考の種類 夜間急患センター短期・不定期 会計年度任用職員 (医療クラーク・医療事務)	※受験番号
ふりがな	生年月日・性別 <input type="checkbox"/> 男
氏名	年 月 日生 <input type="checkbox"/> 女
現住所 (〒 _____) _____	
電話番号 (_____)	

記 入 要 領

1. ※欄を除いて全ての欄をもれなく自筆で記入してください。該当する□にレでチェックしてください。
2. 記入には全て青又は黒インクを用い、数字は算用数字で記入してください。
3. 本申込書と併せて提出する履歴書には、学歴、職歴、所有する免許・資格を記入してください。写真は、申込前6ヶ月以内に脱帽正面向き上半身を撮影したタテ4cm・ヨコ3cm程度のもので、本人と確認できるものを貼付してください。

令和7年度大崎市短期・不定期会計年度任用職員採用選考

(大崎市夜間急患センター)

受 験 票

職 の 種 類	※ 受 験 番 号
短期・不定期会計年度任用職員 (医療クラーク・医療事務)	
氏 名	

※選考当日忘れずにご持参ください。