別記第１号様式

育休任期付職員候補者登録申込書（１／２）

年　　月　　日現在

※写真を貼ってください 1　縦36-40mm 横24-30mm 2　胸上無背景	職　種	勤務可能な勤務地	氏　名
	※募集案内P2「募集職種ごとの主な職務内容及び配属先」に記載してある職種名を記載してください。	□　全道どこでも可 □　（　　　　　　）　限定	(ふりがな)
			性　別
			男　・　女
現住所 電話番号　自宅・携帯　（　　　）			生年月日
			昭和・平成 年　　月　　日 （　　歳）
連絡先（帰省先等上記以外に連絡先がある場合は記入してください） 電話番号　自宅・携帯　（　　　）			登録番号（※病院経営課記載欄）

■　経歴・職歴（中学校卒業後の経歴等を**空白期間が生じないように**記入してください。無職の場合は無職と記入）

学校名・勤務先名等	学部・職務内容等	始　期	終期（見込）
		昭･平･令　年　月　日	昭･平･令　年　月　日
		昭･平･令　年　月　日	昭･平･令　年　月　日
		昭･平･令　年　月　日	昭･平･令　年　月　日
		昭･平･令　年　月　日	昭･平･令　年　月　日
		昭･平･令　年　月　日	昭･平･令　年　月　日
		昭･平･令　年　月　日	昭･平･令　年　月　日
		昭･平･令　年　月　日	昭･平･令　年　月　日
		昭･平･令　年　月　日	昭･平･令　年　月　日
		昭･平･令　年　月　日	昭･平･令　年　月　日

年	月	免　許　・　取　得	〈趣味、特技〉		普通自動車運転免許の有無 有　・　無
			扶養親族数 （配偶者除く） 人	配偶者 有　・　無	配偶者の扶養義務 有　・　無

〈健康状態・既往歴〉（いずれかにレを記入）
□　特に大きな病気をしたことはない
□　現在治療中の病気がある　　　　　病名：
□　（１ヶ月以上の）病気をしたことがある　　　　時期：　　年　　月～　　年　　月
□　身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の交付を受けている（　　　手帳　　級・判定）

〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉

＜Ａ４サイズ：片面で印刷すること＞

育休任期付職員候補者登録申込書（１／２）

年　　月　　日現在

職　種	登録番号	氏名
※募集案内P2「募集職種ごとの主な職務内容及び配属先」に記載してある職種名を記載してください。	※病院経営課記載欄	(ふりがな)

■　あなたのこれまでの経験等（職務経験や学生生活など）において、大きな成果が得られたと考えることについて、具体的に記述してください。また、これまでの経験やその成果を道行政にどのように活かすことができるのか併せて述べてください（５００字以内）

応募する職種が、主事、技師、薬剤師の方	私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当しておりません。申込時に申告したすべての事項に相違はなく、別途実施される育休任期付職員書類選考において、本申込書が使用されることに同意します。 （日付、氏名とも必ず自筆で記入。記入のない場合は、原則として受理しません。） 年　　月　　日　　　氏名（自筆）
応募する職種が上記以外の方	私は、地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当しておりません。申込時に申告したすべての事項に相違はなく、別途実施される育休任期付職員書類選考において、本申込書が使用されることに同意します。 （日付、氏名とも必ず自筆で記入。記入のない場合は、原則として受理しません。） 年　　月　　日　　　氏名（自筆）

＜Ａ４サイズ：片面で印刷すること＞