

# 岐阜県立病院（地方独立行政法人）職員採用試験申込書

(履 歴 書)

医療職用

記入心得	1 記入にあたっては、インク（ボールペン可）で丁寧に記入し、□の中には該当するものに√印をつけてください。◎の箇所は、すべて押印してください。 2 数字はすべて算用数字を用いてください。 3 現住所は地番まで詳しく記入してください。 4 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。	<b>写 真</b>  写真は申込前6月以内に帽子をつけないで、上半身正面向きを撮ったもので本人と確認できるものが必要です。  2 写真の裏面に氏名を明記してください。  (縦45mm×横35mm)			
1 試験区分	3 氏名 (ふりがな)	撮影年月日  平成 年 月 日			
2 採用希望法人順位  ※ ( ) 内に採用を希望する法人の順位を記入してください。  ( ) 地方独立行政法人岐阜県総合医療センター ( ) 地方独立行政法人岐阜県立多治見病院 ( ) 地方独立行政法人岐阜県立下呂温泉病院		2 写真の裏面に氏名を明記してください。  (縦45mm×横35mm)			
4 生年月日・年齢  昭和 年 月 日生 満 歳 平成 年 月 日現在  性別 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	5 現住所 (ふりがな)  〒 _____ 電話 < > -				
6 学 歴 最終学歴から順に書いてください。所在地は町村まで書いてください。					
学 校 名	類 別	学 部 科 別	所 在 地	在 学 期 間	○ で か こ む
	全・定			昭・平 年 月 から 昭・平 年 月 まで	卒 卒見込 年在 年中退
	全・定			昭・平 年 月 から 昭・平 年 月 まで	卒 卒見込 年在 年中退
	全・定			昭・平 年 月 から 昭・平 年 月 まで	卒 卒見込 年在 年中退
	全・定			昭・平 年 月 から 昭・平 年 月 まで	卒 卒見込 年在 年中退
	全・定			昭・平 年 月 から 昭・平 年 月 まで	卒 卒見込 年在 年中退
7 次の質問に該当する、しないを答えてください。				8 特殊技能、検定資格免許その他特殊な技能を有する人は、その名称および取得（見込）年月日を書いてください。	
イ	成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。） <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない			免 許 種 類      取得年月日	
ロ	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 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない			. . .	
ハ	岐阜県が設立する一般地方独立行政法人の職員として懲戒解雇の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない			. . .	
ニ	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 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない			. . .	

