

地方独立行政法人岐阜県総合医療センター職員採用試験申込書 (履 歴 書)

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。印の箇所は、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。	写 真 (縦30～40mm ×横24～30mm)			
1 - 1 試験区分 臨床検査技師 (病院等職務経験者：短大3卒程度) 1 - 2 担当 (勤務実績のある(勤務を希望する)担当にチェック ※複数可) <input type="checkbox"/> 検体検査 <input type="checkbox"/> 生理検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査	2 氏名(フリガナ) 旧姓 ()	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が必要です。 撮影年月日 令和 年 月 日			
3 生年月日・年齢 昭和 年 月 日生 満 歳 平成 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (令和 年 月 日現在)	4 現住所(フリガナ) 〒 _____ 電話 < > - 携帯 < > -				
6 学 歴 最終学歴から高等学校まで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・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒 卒見込 年在 年中退
	全 ・ 定			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒 卒見込 年在 年中退
	全 ・ 定			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒 卒見込 年在 年中退
	全 ・ 定			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒 卒見込 年在 年中退
	全 ・ 定			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 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。 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 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				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年月日を書いてください(有資格者の場合は応募職種のみを記載)。	
				免 許 種 類	取得年月日
			
			
			

職 歴

元 号	年	月	日	事 項	発令庁、その他

以上のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名 _____ 印