

受 付

受験番号

☐ 医師事務作業補助者
(外来クラーク)

第

号

写真貼付

6ヶ月以内に撮影したもの

(3cm × 4cm)

令和 年 月撮影

本人住所	〒		自宅 () 局 番 携帯
家族連絡先	〒		自宅 () 局 番
フリカナ氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)*申込時現在

[illegible]

資格・免許		資格(免許)取得(見込)年月日			
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和	年	月	日
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和	年	月	日
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和	年	月	日
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和	年	月	日
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和	年	月	日
趣味・特技		自覚している性格			
豊橋市民病院へ就職希望する理由					
自己PR(これだけは他人に負けないこと)					

上記のとおり関係書類を添えて受験申込みいたします。
なお、私は地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しません。
また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

令和 年 月 日
豊橋市長 長 坂 尚 登 様

本人氏名(自署)_____