

寝屋川市職員（医師）採用選考申込書

		受験番号	※記入しないでください
ふりがな			<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">写真 (45^{mm}×35^{mm}) ※ 正面・上半身・ 脱帽で半年以内 の撮影</div>
本人氏名			
生年月日	年 月 日 (現在 歳)		
現住所	〒 - TEL ()		
連絡先 (試験結果 通知先)	〒 - TEL () (現住所と同じ場合は記入不要)		
学 歴			
最 終	学校名		
	在学期間	年 月～ 年 月 卒業・中退	
資 格 ・ 免 許	資 格 ・ 免 許 の 種 類		取得 (見込み) 年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
志望 動機			
私は、次のいずれにも該当していません。			
1. 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終るまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者			
2. 寝屋川市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者			
3. 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			
この申込書の記入事項に相違ありません。			
令和 年 月 日		氏名	(自署)

※ 記入事項に不正があると、採用資格を失うことがあります。