

白老町会計年度任用職員応募申込書

申込日：令和 年 月 日

(注) 裏面の注意事項を確認し、太枠内のみ記入してください。

氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日
現住所		
応募職種	職種	課名
	白老町立国民健康保険病院	

地方公務員法第16条

- ①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無くなるまでの者
- ②白老町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日本国憲法施行の日の以後において、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

私は以上の事項には該当致しません。また、申込書、履歴書に記載した事実に相違ありません。

氏名（自署）	
--------	--

※受付印	※担当使用欄

注意事項

【共通事項】

- 応募申込書、履歴書の提出は1人1組です。
- 記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。
- 書き損じた場合は、修正液等は使用せずに、二重線で消し、訂正印を押してください。
- パソコンでの作成も可能ですが、氏名（自署）欄のみは黒インク又は黒色ボールペンを用い、楷書で丁寧に記入してください。
- 応募多数の場合には締め切り期限を待たずに、募集を締め切る場合がありますので、お早めにお申し込みください。

【応募申込書】

- 生年月日は元号（昭和、平成）で記入してください。
- 氏名（自署）は記載事項をよく読み、確認の上で記入してください。

【履歴書】

- ふりがなは平仮名で記入してください。
- 押印は不要です。
- 貼付する写真は、申込み前6か月以内に撮影された脱帽・上半身・正面向きの写真とし、大きさは縦4cm・横3cm程度とします。
- 連絡先は、現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。
- 学歴は、卒業した中学校から最終の学校まで順番に記入してください。
- 職歴は自営業も含めて、記入してください。

【申込み・資料請求・問い合わせ先】

〒059-0995 白老郡白老町日の出3丁目1番1号

白老町立国民健康保険病院事務局

電話 0144-82-2181

FAX 0144-82-2182

e-mail byouin@town.shiraoi.hokkaido.jp