

会計年度任用職員採用申込書

郵便番号 _____

現住所 _____

ふりがな
氏名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

私はこの度の瀬戸内市民病院会計年度任用職員（職種名：病院事務員（障がいのある人））の採用に際し、関係必要書類を添えて申し込みいたします。

なお、以下の事項についていずれも該当しません。

- 1 禁固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
- 2 地方公務員として、懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過しない者

以上、この申込書のすべての記載事実と相違ありません。

令和 年 月 日

瀬戸内市病院事業管理者 様

住所

氏名