

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会計年度任用職員（職種名：言語聴覚士）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 拘禁刑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