様式１－１

平成29年度　公立豊岡病院組合採用試験エントリーシート

フリガナ 氏名		性別 男 ・ 女	受験番号 ※
生年月日	S･H　　年　　月　　日（平成29年4月1日現在　満　　歳）		受験職種 病院マネジメント職員Ⅱ （事務職員：経験者）
フリガナ 現住所 （通知先）	〒　　－　　Tel　　－　　－		職務経験（□に✔印） □ 病院 □ 民間企業等（大卒）
フリガナ 連絡先	（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） 〒　　－　　Tel　　－　　－		写真貼付欄 ※申請以前3ヶ月以内のもの ※上半身、無帽、正面向き ※受験票と同じ写真を貼付 縦サイズ　40mm 横サイズ　30mm

資格免許の名称及び取得年月日（□に✔印）

・ 自動車運転免許証	□ 取得見込	□ S･H　年　月	日取得
・	□ 取得見込	□ S･H　年　月	日取得
・	□ 取得見込	□ S･H　年　月	日取得
・	□ 取得見込	□ S･H　年　月	日取得

学歴

学校名（中学校卒業以降）	学部・学科等	所在地	在籍期間	年制	区分（□に✔印）
最終		市 町	S･H　年　月から S･H　年　月まで	年制	卒業
その前		市 町	S･H　年　月から S･H　年　月まで	年制	□ 卒業 □ 中退
その前		市 町	S･H　年　月から S･H　年　月まで	年制	□ 卒業 □ 中退
その前		市 町	S･H　年　月から S･H　年　月まで	年制	□ 卒業 □ 中退

職歴

勤務先名	部課名	業務内容	所在地	在籍期間	区分
①最終			市 町	S･H　年　月から S･H　年　月まで	□ 在職 □ 退職
②その前			市 町	S･H　年　月から S･H　年　月まで	退職
③その前			市 町	S･H　年　月から S･H　年　月まで	退職
④その前			市 町	S･H　年　月から S･H　年　月まで	退職
⑤その前			市 町	S･H　年　月から S･H　年　月まで	退職
⑥その前			市 町	S･H　年　月から S･H　年　月まで	退職

・医療法に規定する病院における指定する職務経験年数　計　年　月
・民間企業等における職務経験年数　計　年　月
（平成29年3月31日現在）

私は地方公務員法第16条に規定する欠格事項に該当しておりません。
また、応募資格をすべて満たしており、本申込者記載事項に相違ありません。

平成　　年　　月　　日（自署）

氏名　　㊞

※受付印

受験申込書の職歴について、その詳細を記入して下さい（職歴ごと）

職歴番号（　　）

勤務先	フリガナ
	名称
	住所　〒　－
職務履歴	勤務先での主な職務内容を記入して下さい。
	S・H　年　月～部課名　役職名
	職務内容
	S・H　年　月～部課名　役職名
	職務内容
	S・H　年　月～部課名　役職名
	職務内容
	S・H　年　月～部課名　役職名
	職務内容
	S・H　年　月～部課名　役職名
	職務内容
業務成績 研究成果	職務における業務成績・研究成果について、具体的に記入して下さい。

氏名		受験番号	記入しないでください

１　公立豊岡病院組合の職員を志望する動機について具体的に記入してください。

２　仕事をする上であなたが大切だと思うことを記入してください。

氏名		受験番号	記入しないでください

３　２０２５年問題に対し、公立豊岡病院組合の取るべき対応について、あなたの意見を述べてください。

氏名		受験番号	記入しないでください

４　公立豊岡病院組合において、あなたの職務経験を活かして、どのように貢献したいか具体的に述べてください。

扶養家族（配偶者除く）	名	配偶者の有無	有 無	配偶者の扶養義務	有 無	健康状態	良好 不良