

沼津市立病院会計年度任用職員 採用選考申込書

令和 年 月 日

沼 津 市 長 様

住 所

氏 名

㊞

昭和

生年月日

平成

年 月 日

日

私は、沼津市立病院会計年度任用職員募集案内の記載事項を了承し、次のとおり関係書類を添えて会計年度任用職員選考に応募します。

なお、関係書類に虚偽の記載のないこと及び代理で選考を受ける等不正な行為をしないことを誓約します。

記

- 1 希望職種（募集案内の職の名称を記載してください。）

薬剤師

- 2 希望勤務時間（「ア」を選択してください。）

ア 週 37.5 時間（ 7 時間 30 分 / 日 × 5 日）

イ その他（ 時間 分 / 日 × 日）

- 3 希望部署

薬剤部

- 4 関係書類

(1) 申込書（本書）

(2) 履歴書

(3) 資格を証する書類の写し（有資格職の場合）

(4) その他（ ）