

受験番号： _____

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

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

- 希望職種（募集案内の職の名称を記載してください。）
歯科衛生士
- 希望勤務時間（「ア」又は「イ」を選択し、「イ」の場合は括弧内を記載してください。）
ア 週 37.5 時間 （7 時間 30 分 / 日 × 5 日 8 時 30 分 ~ 17 時 00 分）
イ その他 （ 時間 分 / 日 × 日 時 分 ~ 時 分 ）
- 採用（勤務開始）希望日
令和 年 月 日
- 希望部署
診療部 歯科口腔外科
- 関係書類
 - 申込書（本書）
 - 履歴書
 - 資格を証する書類の写し（有資格職の場合）
 - その他（ ）