外ヶ浜中央病院　会計年度任用職員応募申込書

（令和６年度任用）

就　労　場　所	外ヶ浜中央病院
職　　種	
ふ　り　が　な	
氏　　名	㊞
生　年　月　日	年　　月　　日（満　　歳） ※年齢は申込日現在で記入してください。
現　住　所	〒　　－
連絡先電話番号	

写　真
3ｃｍ×4ｃｍ

※職種は、チラシの「募集職種一覧」を参照し記入してください。

年	月	学歴・職歴

年	月	免許・資格

（趣味・特技等）

（志望の動機）

上記のとおり申込みします。

外ヶ浜町長　山　﨑　結　子　宛

令和　　年　　月　　日