

外ヶ浜中央病院 会計年度任用職員応募申込書

(令和8年度任用)

就 労 場 所	外ヶ浜中央病院 ・ 三厩診療所	写 真 3 c m × 4 c m
職 種		
ふ り が な		
氏 名	⑩	
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		

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 崎 結 子 宛

令和 年 月 日