

令和7年度 徳島市病院局会計年度任用職員申込書

申込区分	理学療法士		令和 年 月 日現在	
勤務区分	フルタイム			
ふりがな			性別	写真 (4cm×3cm) 上半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内に撮影したもの 裏面に氏名記載
氏名			男 ・ 女	
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	満 歳	
現住所 (〒 -)	(携帯 - -)	(自宅 - -)		
連絡先 (〒 -)	(携帯 - -)	(自宅 - -)	(現住所と異なる場合のみ記入)	
学歴 (専門学校等を含め、最終の学歴とその前のものを記入してください)				
学校名 (学部・学科名)		在学期間 (和暦で記入)		修学区分
最終(現在)		年 月～ 年 月		卒業・卒業見込 在学中・中退
その前		年 月～ 年 月		卒業・中退
検定、資格、免許等				
名称		区分		取得 (見込) 年月日
理学療法士		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込		昭和・平成・令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込		昭和・平成・令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込		昭和・平成・令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込		昭和・平成・令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込		昭和・平成・令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込		昭和・平成・令和 年 月 日
電子カルテの 使用経験	<input type="checkbox"/> 使用経験あり		<input type="checkbox"/> 使用経験なし	
志望の動機、自己PRなど				

(裏面にも記入欄があります)

職歴	<input type="checkbox"/> 有り（下記に詳細を記入してください）	<input type="checkbox"/> 無し
勤務先名	仕事内容	在職期間（和暦で記入）
最終(現在)		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月

障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り
身体等の事情により、面接に際し、特に配慮が必要な方は右の欄に記入してください。 (例：車いすの使用)		

私は、募集案内の記載内容を了承の上、徳島市会計年度任用職員の任用を申し込みます。

なお、私は、募集案内記載の申込資格を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しません。また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名（自筆）_____