平成３１年度　松前町立松前病院　一般事務・医療事務採用　職務経歴書

注意：※欄の項目は記載しないこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | ※受験番号 |
| 氏 名 |  | ※ |
| 生年月日 | 昭和・平成　 　年　 　　月　　　日生 | 年齢 | （平成31年４月1日現在）　　　　　　　歳 |
| 職務経歴（経歴に空白が無いように記載すること） | 在職期間 | 勤務先（雇用形態） | 職務・活動内容，役職など | 受験資格該当年数 |
| 自S・H　　　年　 　月 |  |  | 年　 月 |
| 至S・H　　　年　 　月 |
| 自S・H　　　年　 　月 |  |  | 年　 月 |
| 至S・H　　　年　 　月 |
| 自S・H　　　年　 　月 |  |  | 年　 月 |
| 至S・H　　　年　 　月 |
| 自S・H　　　年　 　月 |  |  | 年　 月 |
| 至S・H　　　年　 　月 |
| 自S・H　　　年　 　月 |  |  | 年　 月 |
| 至S・H　　　年　 　月 |
| 自S・H　　　年　 　月 |  |  | 年　 月 |
| 至S・H　　　年　 　月 |
| 自S・H　　　年　 　月 |  |  | 年　 月 |
| 至S・H　　　年　 　月 |
| 自S・H　　　年　 　月 |  |  | 年　 月 |
| 至S・H　　　年　 　月 |
| 受験資格該当年数（通算） |  | 年　 月 |
| ※ 経歴に空白期間がないように記載してください(無職も記載してください)。※ 職務・活動内容については，簡潔にご記載ください。※ 枠が足りない場合は，別紙にご記載ください。（書式自由） |
| 受験資格確認・署名欄 | ※下欄の内容を確認のうえ，署名してください。受験資格に該当しない場合や，職歴に虚偽が認められた場合は，受験は認められません。また合格になった場合でも，合格を取り消します。 |
| 私は，松前町立松前病院職員採用試験に応募いたします。上記職歴により受験資格を満たしており，また申込書の記載事項に相違ありません。　平成　　年　 　　月　 　　日　　　　松前町病院事業管理者職務代理者松前町立松前病院病院長　八木田　一雄　様**署名**印 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（**必ず本人が署名・捺印してください**） |