

そよう病院職員（山都町職員）願書

平成 年 月 日

山都町包括医療センター
山都町長 梅田 穰 様

出願者氏名 _____

貴病院職員の採用試験を受験したいので、履歴書添付のうえ願書を提出します。

応 募 職 種	
住 所	〒 連絡先電話番号： _____
ふ り が な	
氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生まれ (満 歳)
通 知 等 連 絡 先 (住所と異なる場合)	〒 連絡先電話番号： _____
備 考	

○ 応募により取得した個人情報、採用業務以外の目的で使用することはありませんので、申し添えます。