令和９年度　徳島市病院局会計年度任用職員申込書

申込区分	看護補助者（障害者対象）　☐ 夜勤あり　☐ 夜勤なし	令和　　年　　月　　日現在
勤務区分	☐ フルタイム　　☐ パートタイム	

ふりがな		性別	写真 （4㎝×3㎝） 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
	☐ 取得　☐ 取得見込	昭和･平成･令和　年　月　日
	☐ 取得　☐ 取得見込	昭和･平成･令和　年　月　日
	☐ 取得　☐ 取得見込	昭和･平成･令和　年　月　日
	☐ 取得　☐ 取得見込	昭和･平成･令和　年　月　日
	☐ 取得　☐ 取得見込	昭和･平成･令和　年　月　日
	☐ 取得　☐ 取得見込	昭和･平成･令和　年　月　日

電子カルテの使用経験	☐ 使用経験あり	☐ 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	□ 有り（下記に詳細を記入してください）	□ 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

障害者手帳等記入欄			
種別	□ 身体障害者手帳、又は指定医師等の診断書等	□ 療育手帳、又は児童相談所等が発行した知的障害者の判定書	□ 精神障害者保健福祉手帳
交 付 機 関			
交 付 番 号	第		号
交 付 年 月 日	年	月	日
障 害 名			
等級又は判定区分			
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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿