

奈良市職員（医師）採用選考試験申込書

受験する職種 医師		※受験番号		
フリガナ 氏名		生年月日(西暦) 年 月 日	年齢(申込時) 満 歳	
現住所(〒 -)		(写真欄) ①縦4cm×横3cm程度 上半身脱帽、正面向き で3ヶ月以内に撮影した もの ②裏面に職種、氏名を 明記してください。		
電話番号 (携帯を含む)	申込者本人の最も確実な連絡先 Tel () -			上記以外の申込者本人の連絡先 Tel () -
メールアドレス				
学 歴 ≧ 旧	学 校 名	学 部 ・ 課 程 名	在 学 期 間 (西 暦)	
	高等学校名		年 月～ 年 月	
	卒業・修了、中退			
大学名		年 月～ 年 月	卒業・修了、卒業見込・修了見込 中退、(学年)在学	
大学院名等		年 月～ 年 月	卒業・修了、卒業見込・修了見込 中退、(学年)在学	
職 歴 (不足分は、 白紙分をコピーして添付) 新 ≧	勤務先の名称	担当部署、役職、業務内容	在職期間(西暦)	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	正社員、臨時・アルバイト その他()
			年 月～ 年 月	正社員、臨時・アルバイト その他()
			年 月～ 年 月	正社員、臨時・アルバイト その他()
			年 月～ 年 月	正社員、臨時・アルバイト その他()
			年 月～ 年 月	正社員、臨時・アルバイト その他()
上記のうちから、公衆衛生又は臨床経験の通算年数を記入してください。			通算 年 月	
資 格 ・ 免 許	①取得している資格、免許等があれば記入してください。(例 運転免許証(中型車) ○年○月取得)			
	②受験資格に必要な資格・免許 医師免許 年 月 取得			
本人署名欄(この欄は必ず黒インク又は黒ボールペン(消せないものに限る。)を用いて自署してください。)				
○ 私は、①()②()という在留資格)を有しています。				
○ 私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。				
(1)禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者				
(2)奈良市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者				
(3)人事委員会又は公平委員会の委員の職にあって、地方公務員法第5章に規定する罪を犯し刑に処せられた者				
(4)日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者				
(5)日本国籍を有しない人で在留資格において就職等が制限されている者				
年 月 日 氏 名(自署)				

<注意事項>

1. 日本国籍を有する人は①()に「日本国籍」と記入し、日本国籍を有しない人は②()に「永住者」、「特別永住者」、「日本人の配偶者等」、「永住者の配偶者等」、「定住者」のうちいずれかを記入してください。
2. 黒インクのボールペン等(消せないものに限る。)を用い、かい書で丁寧に記入するか、パソコンで入力の上、プリンタで印刷したものを提出してください。本人署名欄は必ず自筆で行ってください。
3. 記載事項に虚偽があると、本市職員として採用される資格を失うことがあります。
4. ※印の欄は記入しないでください。