

令和7年度
一般財団法人魚沼市医療公社職員採用試験受験申込書

* 選考番号

ふりがな 氏 名		性別	男・女	職種	事務職員（非常勤）
生 年 月 日	西暦 年 月 日生				
現 住 所	(〒 —) 電話番号				
連 絡 先	(〒 —) (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 電話番号				

私は、一般財団法人魚沼市医療公社職員採用試験を上記のとおり受験したいので、申し込みます。

なお、私は次に掲げる各号のどれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事実に相違ありません。

- (1) 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）
- (2) 禁固刑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
- (3) 一般財団法人魚沼市医療公社又は魚沼市職員におい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
- (4) 日本国憲法施行の日以後において、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

西暦 年 月 日

氏 名

印

* 受 付 日付印		* 取扱者		* 受験者 記載照合		* 受験案内 送付確認 照 合	
--------------	--	-------	--	---------------	--	-----------------------	--

※ 裏面の注意事項を確認してください。

添 付 書 類

- 1 市販の履歴書
(提出3か月以内に撮影した写真貼付(縦4cm×横3cm))
- 2 各種免許証又は資格証の写し
(免許取得見込者は、その旨を履歴書に記載してください。)
- 3 卒業(見込)証明書及び学業成績証明書(直近のもの)

注 意 事 項

- 1 虚偽の記載があると、採用される資格を失うことがあります。
- 2 記載する場合は、すべて青か黒インクを用いてください。
- 3 *印以外の欄は、すべて記載してください。
- 4 数字は、すべて算用数字を用いてください。
- 5 受験案内は、後日送付します。
- 6 この受験に関する照会は、一般財団法人魚沼市医療公社事務局
(電話 025-792-2111 小出病院代表)に申し出てください。