

山形市職員採用試験受験申込書【随時募集】

ふりがな		試験区分 救急医
氏 名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 歳 男・女	<写真欄> 申込前 6 か月以内撮影 脱帽、上半身、正面向 縦 4 cm、横 3 cm 写真の裏面に氏名記入
ふりがな		
現 住 所	〒 電話番号 () -	
緊急連絡	〒 電話番号 () -	
国 籍	☐ 日本国籍 ☐ 外国籍 (☐ 永住者 ☐ 特別永住者 ☐ その他)	
E-mail		令和 年 月撮影

学 歴 <直近 3 つを新しいものから順に記載 (中学以前は不要) >			
在学期間	学校名	学部・学科名	修学区分
昭・平・令 年 月			☐ 卒 ☐ 卒見
昭・平・令 年 月			☐ 中退
昭・平・令 年 月			☐ 卒 ☐ 卒見
昭・平・令 年 月			☐ 中退
昭・平・令 年 月			☐ 卒 ☐ 卒見
昭・平・令 年 月			☐ 中退

職 歴 <新しいものから順に記載>				
在職期間	勤務先名	雇用形態	所在地 (市町村まで)	退職理由
昭・平・令 年 月		☐ 正 職 員		
昭・平・令 年 月		☐ そ の 他		
昭・平・令 年 月		☐ 正 職 員		
昭・平・令 年 月		☐ そ の 他		
昭・平・令 年 月		☐ 正 職 員		
昭・平・令 年 月		☐ そ の 他		

医師免許等				
登録番号	号	昭・平・令	年 月	日登録
現在の保険医登録	号	昭・平・令	年 月	日登録
麻薬施用者免許	(山形県の免許をお持ちの場合)			
	号	昭・平・令	年 月	日登録
身体障害者福祉法の指定医師	(山形県の指定を受けている場合)			
	(種類)	昭・平・令	年 月	日登録
難病指定医師・小児慢性特定疾病指定医師	(山形県の指定を受けている場合)			
	(難病)	号	昭・平・令	年 月 日登録
	(小慢)	号	昭・平・令	年 月 日登録

学会の認定医、指定医、専門医等の取得状況			
学会名	認定指定専門等別	取得年月日	
		昭・平・令	年 月 日
		昭・平・令	年 月 日
		昭・平・令	年 月 日

医師賠償責任保険等の加入状況	
加入の有無	☐ 有 ☐ 無
(有の場合) 保険会社名	証券番号

医師免許以外の資格・免許		
取得（見込）年月日	資格・免許名	区分
昭・平・令 年 月 日		☐ 取得 ☐ 見込
昭・平・令 年 月 日		☐ 取得 ☐ 見込
昭・平・令 年 月 日		☐ 取得 ☐ 見込
昭・平・令 年 月 日		☐ 取得 ☐ 見込

(通信欄) ※記載事項の補足などがある場合、自由に記載してください。

私は地方公務員法第 16 条に規定する欠格条項には該当しません。 ☐ はい ☐ いいえ
(1) 禁固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) 山形市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
(3) 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
私は、標記試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は受験案内に掲げる受験資格をすべて満たしております。 また、この申込書のすべての記載事項は真実と相違ありません。
令和 年 月 日 氏 名 _____ (本人自署)