

# 船橋市病院局職員再採用選考申込書

記入日： 年 月 日

|  |   |       |               |   |         |
|--|---|-------|---------------|---|---------|
| <small>(フリガナ)</small>                      |   |       |               | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p><b>(写真欄)</b></p> <p>写真は縦4cm、横3cm、上半身、脱帽、正面向きで3か月以内に撮影したもの<br/><small>(カラー・白黒いずれも可)</small></p> </div> |         |
| 氏 名  |   |       |               |   |         |
| 生年月日                                       | 年   | 月     | 日             |   | 生 (満 歳) |
| 採用年月日                                      | 年   | 月     | 日             |   | 職 種     |
| 退職年月日                                      | 年   | 月     | 日             |   |         |
| 連絡先  | 〒   |       |               |   |         |
|  | 電話番号  |       |               |   |         |
|  | E-mail  |       |               |   |         |
| 退職事由                                       | (該当するものに○をしてください) ※複数選択可<br>育 児 ・ 介 護 ・ 転 居 ・ そ の 他   |       |               |   |         |
|  | (具体的に記載してください)  |       |               |   |         |
| 再採用を希望する理由<br><small>(退職事由の現在の状況等)</small> |   |       |               |   |         |
| 退職後の<br>経歴 (職歴)                            | 自 年 月   | 至 年 月 | 勤務機関名・職務内容・身分 |   |         |
|  |   |       |               |   |         |
|  |   |       |               |   |         |
|  |   |       |               |   |         |
| 勤務開始可能日                                    | 年 月 日<br>※原則として、再採用日は4月1日とします   |       |               |   |         |
| 署名欄  | <p>私は、「船橋市病院局職員再採用（復職）制度 募集案内」に基づき、再採用を希望しますので、本書のとおり申し込みます。</p> <p>なお、受験資格は全て満たしており、申込書記載内容は全て事実と相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (自署)</p> |       |               |   |         |

※ 市在職時と姓が異なる場合は、在職時の姓も氏名欄に付記してください。

※ 記入欄に不足が生じた場合は、裏面に記入してください。 (両面印刷のこと)

※表面の記入欄に不足が生じた場合は、以下の欄に記入してください。