

新潟市職員（公衆衛生医師）採用選考申込書

ふりがな				受験番号			
氏名							
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 (令和8年4月1日現在 満 歳)			写真を貼る ※6か月以内に 撮影したもの。 写真がないと受 験できません。 (縦4cm、横3cm 程度)			
E-mail							
現住所	〒 TEL () -			年 月 撮 影			
合否通知先	〒 TEL () -						
□現住所と同じ							
学歴・学校名 (高等学校以降)		学部・学科		在学期間		該当を○で囲む	
最終				年 月～ 年 月		卒・卒見込・中退	
その前				年 月～ 年 月		卒・中退	
その前				年 月～ 年 月		卒・中退	
その前				年 月～ 年 月		卒・中退	
医籍登録番号	第 号		医籍登録年月日		年 月 日		
医師法第16条の2に 規定する 臨床研修期間	年 月～ 年 月		臨床研修病院名				
私は新潟市職員採用選考（公衆衛生医師）の受験を申し込みます。 なお、私は募集要項にあるすべての応募資格を満たしており、この申込書の記載事項に相違 ありません。							
令和 年 月 日 氏名 (署名のこと)							

<記入上の注意事項>

- 1 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
- 2 記載もれがある場合、記名の無い場合は受け付けません。
- 3 パソコン入力可。自筆の場合は、記載はすべて青か黒インク（消せないボールペンも可）を用いてください。
- 4 学歴の欄は最終学歴だけでなく、「その前」の学歴もそれぞれ記入してください。
- 5 受験番号欄は記入しないでください。

※提出書類一覧

この採用選考申込書 職務経歴書 エントリーシート
 資格要件を証明する書面
 反信用封筒（長形3号の定型封筒・110円切手貼付・宛名明記）