

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)	年 月 撮 影
E-mail					
現 住 所	〒 Tel () -				
合 否 通 知 先	〒 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ Tel () -				
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
☐ 返信用封筒（長形3号の定型封筒・110円切手貼付・宛名明記）