令和９年度新潟市任期付職員（歯科医師）採用選考申込書

ふりがな	
氏　名	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　生 （令和９年４月１日現在　　満　　歳）
E-mail	
現住所	〒 TEL（　　）　　－
合否通知先	〒　　□現住所と同じ TEL（　　）　　－

受験番号	

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

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

歯科医籍登録番号	第　　号	医籍登録年月日	年　月　日
歯科医師法第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	

私は新潟市任期付職員採用選考（歯科医師）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）