|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **横浜市行政医師（公衆衛生医師）選考申込書**  **年　　月　　日記入** | | | 写真貼付欄  　　本人単身・  　　胸から上  　　カラー |
| ふりがな |  | |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　（満　　　歳） | |
| 現 住 所 | 〒　　　－ | | 電話 |
| (上記以外に携帯電話等、日中の連絡先を記入してください) | | |
| E-ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | |
| 年　月～　年　月 | | 学　歴 | |
| ～ | |  | |
| ～ | |  | |
| ～ | |  | |
| ～ | |  | |
| ～ | |  | |
| ～ | |  | |
| ～ | |  | |
| ～ | |  | |
| ～ | |  | |
| 取得年月日 | | 免 許 ・ 資 格 名 | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| 専門科目 | | | |
| ※ | | | |
| 自由記入欄(特に希望すること、考慮する必要がある事項などあれば記入してください。) | | | |

（注意）・地方公務員法第16条の欠格条項に該当する方

・平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている方（心神耗弱を原因とするもの以外）

は、受験できません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職  歴 | 在 職 期 間 | | 勤　　務　　先 | | | 所 在 地 | | 職　務　内　容 | | ※ | | ※ | ※ |  |
| S･H･R 年 月から  S H･R 年 月まで | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| S･H･R 年 月から  S･H･R 年 月まで | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| S･H･R 年 月から  S･H･R 年 月まで | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| S･H･R 年 月から  S･H･R 年 月まで | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| S･H･R 年 月から  S･H･R 年 月まで | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| S･H･R 年 月から  S･H･R 年 月まで | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| S･H･R 年 月から  S･H･R 年 月まで | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| ※  　　 年　 　月 　　日 採 用 予 定 | | | | | | | | | | | | | |
| 初 任 給 | | 短 縮 | | 次 期 昇 給 | 基 準 学 歴 | | 換 算 年 月 | | 昇　　格　　時　　期 | | | | |
| 級 　 号給 | | ヶ月 | | 年 月 |  | | 年 　月 | | 級 年　　月 | | 級 年　 月 | | |

※印の所は、記入しないでください。