|  |  |
| --- | --- |
| **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。