自　己　申　告　書

職　　種		受 験 番 号	
フリガナ			
氏　　名			
生年月日	S・H　　年　　月　　日（　　歳）	性別	
最終学歴	学校名		
	学部学科		（S・H・R　　年　　月卒）

写 真

・上半身、脱帽、正面向で、半年以内に撮影したもの。
・写真の裏面に氏名を記入しておくこと。
（縦4.0cm×　横3.0cm）

住　所	〒　　－	
連絡先	電話番号（　　）　　－　　・携帯電話　　－　　－	
緊急連絡先	電話番号（　　）　　－　　・（氏名　　：続柄　　）	
通勤経路	最寄駅（路線、駅名）	線　　駅
	自宅から最寄駅までの手段／所要時間	徒歩・自転車・バス・その他（　　）　／　　分
転居予定	無・有〔転居時期：R　　年　　月頃（最寄駅：　　）〕	

※上記項目のうち、フリガナ、氏名、生年月日、性別、最終学歴、住所は採用後の人事記録として管理します。

■　配慮を要する事項

通学状況	無・有 〔学校名　　（R　　年卒業予定）週　　回　　：　　～　　：　　〕
健康状態その他配慮を要する事項	無・有 〔既症　　〕 〔通院等の状況　　〕 〔障がいがあればその程度　　〕 〔その他　　〕

■　病院機構職員の親族（親族と同じ職場にならないようにできる限り配慮するためのものです。）

氏名　　所属　　続柄

■　基礎年金番号

□□□□－□□□□□□

■　雇用保険被保険者番号（雇用保険に加入歴のある方のみ記入してください。）

□□□□－□□□□□□－□