

# 揖龍保健衛生施設事務組合職員採用試験

## 職務経験申告書

職種	※受験番号

職 歴 ①	会社名（所在地）	部署名・役職名	実務経験期間	雇用形態
			年 月から 年 月まで 在職期間 年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他
	職務内容（具体的に記入してください。）			
職 歴 ②	会社名（所在地）	部署名・役職名	実務経験期間	雇用形態
			年 月から 年 月まで 在職期間 年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他
	職務内容（具体的に記入してください。）			
職 歴 ③	会社名（所在地）	部署名・役職名	実務経験期間	雇用形態
			年 月から 年 月まで 在職期間 年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他
	職務内容（具体的に記入してください。）			

職 歴 ④	会社名（所在地）	部署名・役職名	実務経験期間	雇用形態
			年 月から 年 月まで 在職期間 年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他
	職務内容（具体的に記入してください。）			

職 歴 ⑤	会社名（所在地）	部署名・役職名	実務経験期間	雇用形態
			年 月から 年 月まで 在職期間 年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他
	職務内容（具体的に記入してください。）			

職 歴 ⑥	会社名（所在地）	部署名・役職名	実務経験期間	雇用形態
			年 月から 年 月まで 在職期間 年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他
	職務内容（具体的に記入してください。）			

以上の記載事項は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

(必ず押印してください)

【記入上の注意】

- ※欄を除く全ての欄にもれなく記入してください。（該当のない場合は「なし」と記入してください。）
- 数字はアラビア数字を使ってください。
- 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。
- 該当欄には、自筆で必ず黒インク又は黒ボールペンで正確かつ、明瞭に記入してください。
- 記入欄が不足する場合は、用紙を適宜追加してください。