

(別記様式)

千葉県病院局職員再採用選考申込書

年 月 日

(ふりがな)				(写真欄) 写真は縦 4cm、横 3cm、上半身脱帽、正面向で 6 か月以内に撮影したもの
氏 名				
生年月日	年 月 日 生 (歳)			
県採用年月日	年 月 日	職種		
県退職年月日	年 月 日			
連絡先	〒			
	電話番号			
	E-mail			
退職事由	(いずれかに○をしてください) 結婚 ・ 出産 ・ 育児 ・ 介護 ・ その他			
	(具体的に記載してください)			
再採用を希望する理由 (退職事由の現在の状況等)				
県退職後の 経歴 (職歴)	自 年 月	至 年 月	勤務機関名・職務内容・身分	
再採用希望日	年 月 日			
署名欄	私は、「千葉県病院局職員再採用選考募集案内」に基づき、再採用を希望しますので、本書のとおり申し込みます。 なお、受験資格は全て満たしており、申込書に記載した内容は全て事実と相違ありません。 年 月 日 氏名 _____ (自署)			

※ 在職時に旧姓使用をしていた場合、氏名欄に旧姓も付記してください。