

鎌倉市会計年度任用職員（診療報酬明細書
点検職員）採用試験申込書

年 月 日 現在

受験番号	受付印
------	-----

ふりがな		昭和 年 月 日生 平成 歳	
氏名			
ふりがな	(〒 -)	電話	顔写真貼付欄 上半身・脱帽・正面向きで 最近6か月以内に 撮影したもの (スナップ不可) たて4cm、よこ3cm 裏面に氏名を記入
住所		- -	
ふりがな	(〒 -)	電話	
連絡先		- -	

学 歴

在学期間	区分	在学年数	学校名	学部科名
年 月まで	卒業		小学校	
年 月まで	卒業		中学校	
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				

職 歴

在職期間	在職年数	勤務先名称	所在地	職務内容
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				

賞 罰

年月	内容	機関

免 許 ・ 資 格

名 称	取 得 年 月 日	取 得 機 関

得意
分野

<鎌倉市会計年度診療報酬明細書点検任用職員を志望した理由>

<これまでの経験や知識、特技等をどのように仕事に活かしたいか>

<自己PR>

私は受験案内に掲載してある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。

また、鎌倉市職員として採用されたときは、日本国憲法及び法律を尊重し、誠実かつ公正に職務に従事することを誓います。

年 月 日

氏 名