

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 氏名	昭和 年 月 日 生 平成 歳	
ふりがな (〒 - - - ) 住 所	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
ふりがな (〒 - - - ) 連絡先	電話 - - -	

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				
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>		
<p>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。</p> <p>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。</p>		
年        月        日 氏 名		