

個 人 票

1. 氏名等

職員番号		氏 名	(フリガナ)	
生年月日 <small>(西暦で記入)</small>	. . 生	年 齢	才 月 (採用予定日現在)	
現住所	〒 (電話番号)			

扶養親族 <small>(配偶者除く)</small>	人	配偶者 の有無	有 ・ 無
--------------------------------	---	------------	-------

2. 身体的状況について

(1) 既往症

	病 名	時 期	手術の有無
入院して治療を受けたもの			無・有 (時期)
			無・有 (時期)
通院して長期に治療を受けたもの			無・有 (時期)
			無・有 (時期)

(2) その他特記事項 (就業するにあたって配慮してもらいたいことなどがあれば)

3. 配属場所を決定する際の参考にさせていただきますので、希望の配属場所を理由とともに記入してください (具体的な所属名ではなく、“〇〇な業務”といった抽象的な書き方でも構いません)。

第1希望		(理由)
第2希望		(理由)
第3希望		(理由)

4. あなたの祖父母・父母・兄弟姉妹・叔父・叔母・義兄弟姉妹・配偶者・いとこで、現在、神戸市民病院機構職員または神戸市職員として勤務している方を、記入してください。

氏 名	続 柄	職務内容	勤務場所 (わかる範囲までで結構です)
例：神戸太郎	叔父	事務職員	中央市民病院事務局医事課

※お書き頂いた内容は、人事配置に使用するものであり、それ以外の用途には一切使用しません。