

令和2年度 広域紋別病院職員採用試験申込書

* 受付	受 験 種 目	受験番号	合格通知の送り先	(写真のり付け) 写真は最近3か月以内に撮影したもので上半身・無帽・正面向きの顔写真のこと ・裏面に氏名記入 ・縦4cm×横3cm
	臨床検査技師	*	☐ 現住所 ☐ 連絡先	

- (注) (1) 記入は黒のインク又はボールペンで、楷書でていねいに書いてください。
 (2) *印の欄以外の欄を、自筆でもれなく書いてください。
 (3) ☐ 欄に該当する場合は、☐ 内にレ印を付けてください。
 (4) 記載事項に不正があるときは、職員として採用される資格を失うことがあります。
 (5) 住居を変更した場合はすぐに通知してください。

ふりがな				性別	生年月日	
氏 名				☐ 男 ☐ 女	年 月 日生 (年 月 日現在 満 歳)	
ふりがな						
現住所	〒			電話 () - 方		
連絡先 (帰省地等の連絡先がある場合記入)	〒			電話 () - 方		
最終学歴	学 校 名	学部・学科名等	所在地(町村まで)	期 間		
				昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで ☐ 卒 ☐ 修了		
職歴※(4つ以上ある場合は備考欄に記入)	☐ 就業したことがない					
	勤 務 先	所 在 地		在 職 期 間		職務内容
				昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで		
				昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで		
				昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで		
				昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで		
免許・資格 ※国家資格等	名 称	取得年月	名 称		取得年月	
		昭・平・令 年 月			昭・平・令 年 月	
		昭・平・令 年 月			昭・平・令 年 月	
		昭・平・令 年 月			昭・平・令 年 月	
備 考						

以上のとおり相違ありません。

年 月 日

本人氏名(自筆)

印