

広域紋別病院職員採用試験申込書

* 受付

受験番号
*

受験区分
臨床検査技師

各種書類送付先
<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 連絡先

(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

- (注) (1) 入力又は記入により作成してください。(記入の場合は黒色ボールペンで楷書で丁寧に書いてください)
 (2) *印の欄以外の欄を、もれなく入力又は記入してください。
 (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(和暦)			
氏名							年 月 日 (満 歳)			
ふりがな										
現住所	〒				電話 ()	-		方		
連絡先 <small>(現住所以外に送付物等を指定する場合は記載してください。)</small>	〒				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(和暦)					
					年 月から			<input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 卒・修了見込		
					年 月まで					
職歴	<input type="checkbox"/> 就業したことがない									
※ 合は 備考 欄に 記入)	勤務先	所在地		在職期間(和暦)		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						
※ 国家 資格 等	名 称	取得年月(和暦)		名 称		取得年月(和暦)				
		年 月				年 月				
		年 月				年 月				
		年 月				年 月				
備考										

以上のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

本人氏名(自筆)

印