

※太枠欄の必要事項に記入し、写真を貼り付けてください。(黒ボールペン又はワープロ)

## 平成30年度つがる西北五広域連合医療職員採用試験(7/22 実施)受験申込書

<b>試験職種</b> (番号を○で囲むこと)	1 看護師・助産師 2 薬剤師 3 臨床工学技士	4 歯科衛生士 5 管理栄養士 6 診療放射線技師	※受験番号	
ふりがな	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;">                     (写真欄)                       ・写真は6カ月以内に撮影したもの                      ・縦4cm、横3cm程度                      ・本人正面の顔写真                      ・しっかり、のり付け                 </div>			
氏名				
生年月日				昭和・平成 年 月 日生(満 歳)
現住所	〒 - アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください		(どちらかを○で囲むこと) 合格通知等の送付先	
	( 方) Tel ( ) - - 携帯			
連絡先	〒 - 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください		○	
	( 方) Tel ( )		○	
学 歴	学 校 名	学 部 学 科	在 学 期 間	備 考
	中学校	/	平成 年 月から 平成 年 月まで	卒業
			平成 年 月から 平成 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			平成 年 月から 平成 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			平成 年 月から 平成 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
職 歴 (現職及び主なもの)	勤 務 先 名 称	職 務 内 容	在 職 期 間	所在地(都道府県)
			平成 年 月から 平成 年 月まで	
			平成 年 月から 平成 年 月まで	
			平成 年 月から 平成 年 月まで	
			平成 年 月から 平成 年 月まで	
資格免許	名 称	取 得 年 月 日	名 称	取 得 年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定いずれにも該当しておりません。 また、この申込書の記載事項は全て事実と相違ありません。				
平成 年 月 日 氏名(自署)				