

※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)

令和元年度つがる西北五広域連合医療職員採用試験(1/12 実施)受験申込書

試験職種 (番号を○で囲むこと)	1 薬剤師 2 診療放射線技師 3 臨床検査技師	※受験番号		
ふりがな				(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
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 (方) TEL () - - 携帯 () - -			合格通知等の送付先 (どちらかを○で囲むこと)
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
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			年 月から 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)
			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	
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。				
令和元年 月 日 氏名(自署)				