

※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2年度 つがる西北五広域連合医療職員採用試験(9/20 実施)受験申込書

試験職種 (番号を○で囲むこと)	1 看護師・助産師 2 薬剤師 3 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 4 診療放射線技師 5 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	\	年 月から 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	
			年 月から 年 月まで	

(記載内容は裏面に続きます)

※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)

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
扶養家族数等	扶養家族数（配偶者を除く） _____ 人			
	配偶者の有無 (○で囲む)	有 ・ 無	配偶者の扶養義務 (○で囲む)	有 ・ 無
<p>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いません。 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。</p> <p>令和2年      月      日</p> <p>氏 名 (自署) _____</p>				