**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 |  |  |
| 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）　　　　　　　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）　　　　　　　℡　　　　　（　　　　） |  |
| 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 |
|  |  |  　　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 |  |
|  |  |  　　年　　月から 　　年　　月まで |  |

（記載内容は裏面に続きます）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（〇で囲む） | 有　・　無 | 配偶者の扶養義務（〇で囲む） | 有　・　無 |
| **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２年　　　月　　　日****氏　　名（自署）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |