

※太枠欄の必要事項に記入し、写真を貼り付けてください。

令和4年度 つがる西北五広域連合医療職員採用試験(9/18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 診療放射線技師 | 4 臨床検査技師 5 言語聴覚士 | ※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 | | 合格通知等の送付先 ごちらかき○で囲むこと | ○ |
| | (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 | | 合格通知等の送付先 ごちらかき○で囲むこと | ○ |
| | (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。

| 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。</p> <p>令和4年 月 日</p> <p>氏 名（自署） _____</p> | | | | |