

※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受験(経験者枠)申込書

試験職種 (番号を○で囲むこと)	1 看護師・助産師 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		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)

※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
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。 令和5年 月 日 氏 名（自署）_____				