

※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5年度 つがる西北五広域連合医療職員採用試験(1/14 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 言語聴覚士 3 診療放射線技師 4 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 4 cm、横 3 cm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 1 6 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 年 月 日 氏 名（自署）_____				