

令和 3 年度 職員採用試験申込書

1 試験職種	薬剤師 臨床検査技師 診療放射線技師 管理栄養士 調理師 言語聴覚士 臨床工学技士 歯科衛生士	※受験番号	(写真欄)	
2 現住所 〒 - 電話 () () ()	4 氏 名		1 受験申込みのときに 写真を貼ってください。 2 写真は申込前3か 月以内に撮影したも ので、上半身、脱帽、 正面向きのもの。 (縦4cm横3cm)	
ふりがな _____	ふりがな _____			
(受験票等の送付先が現住所と異なる場合に記載)				
3 連絡先 〒 - 電話 () () ()	5 生年月日			
ふりがな _____	昭和・平成 年 月 日 (歳) 令和4年4月1日現在の年齢 性別 男・女			
6 メールアドレス				
7 学 歴 (最終学歴とその前の学歴2つの計3つを 最近のものから 順に書いてください)				
学 校 名	学 部 科 名	所 在 地 (市区町村まで)	期 間 (和暦)	該 当 を ○ で か こ む
(最終学歴)			年 月から 年 月まで	() 学年 卒・卒見込・中退・修了
			年 月から 年 月まで	() 学年 卒・卒見込・中退・修了
			年 月から 年 月まで	() 学年 卒・卒見込・中退・修了
8 職 歴 (今までの一切の経歴を 最近のものから 順に書いてください。経歴のない場合は斜線を引いてください。)				
勤務先 (部課名まで)	職 務 内 容	所 在 地 (市区町村まで)	在職期間 (和暦)	退 職 理 由
			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	

※学歴・職歴について、記載誤りがないようご注意ください。

9 資格免許

試験職種の登録番号と登録年月日を記入し、資格免許証の写し（原寸大）を添付してください。

免許証 登録番号 第 号

登録年月日 年 月 日

10 応募の理由

この申込書に記載したことは事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名 _____

（自署のこと）

記入上の注意

1. 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
2. ※印欄を除いて、すべての欄に青又は黒のボールペンを使って文字はかい書で、数字は算用数字で記入してください。