

# 高砂市病院職員採用試験申込書

令和5年6月1日 採用

職種 臨床検査技師	※受験番号
--------------	-------

フリガナ 氏名	性別 男・女	写真 ・3ヶ月以内に撮影した上半身 脱帽、正面向(縦5cm 横4cm) 本人と確認できるもの ・写真をはっていない場合又は 不鮮明その他受験写真として適 当でない場合は受け付けられま せん。 令和 年 月 日撮影
生年月日 年 月 日生 ( 歳)	本籍地 (都道府県名)	
現住所 郵便番号 ( - )	TEL ( ) - 同居先 ( 方)	
連絡先 (現住所と異なる場合のみ記入) 郵便番号 ( - ) TEL ( ) - 呼出 ( 方)		

学歴	学校名 (学部・学科も記入)	在学期間 年 月入学 ~ 年 月卒業	修学年数 年
歴		年 月入学 ~ 年 月卒業	年
		年 月入学 ~ 年 月卒業	年
		年 月入学 ~ 年 月卒業	年
		年 月入学 ~ 年 月卒業	年
		年 月入学 ~ 年 月卒業	年

職歴	勤務先 (部・課まで 正規・臨時等も記入)	在職期間 年 月 ~ 年 月	所在地 (市町村)
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	

健康	【健康状態】	【既往症の有無】
		ない ある ..... [ ある場合の疾病名等 ]

志望動機				
自己PR				
クラブ活動歴				
資 格 ・ 免 許	名 称	取得（見込）年月日	名 称	取得（見込）年月日
次の質問について該当するものに○をつけてください。				
1 禁固以上の刑に処せられたことがありますか。		あ	る	な
2 成年被後見人や被保佐人の宣告を受けたことがありますか。		あ	る	な
以上のおおりに相違ありません。				
令和 年 月 日				
氏 名				印

（記入注意）

- 1 各項目、黒インク又は黒ボールペンで丁寧にはっきりと書き、該当するものを○でかこんでください。
- 2 職種は、受験案内を参照して選択記入してください。
- 3 ※印の箇所は記入しないでください。
- 4 記載事項に不正があると職員として任用される資格を失うことがあります。
- 5 特定の学歴、免許等の資格を有する者（採用予定日までに当該資格を取得見込の者を含む。）を対象とする試験において、当該資格を喪失した場合又は当該資格を取得できない場合には採用できません。

※受付印