

八 戸 市 立 市 民 病 院 職 員 採 用 試 験 申 込 書（令和5年度）

試験職種（受験する職種に☑をしてください。複数受験はできません。）					※受験番号	
☐ 臨床検査技師（実務経験者枠） ☐ 薬剤師（実務経験者枠） ☐ 言語聴覚士（実務経験者枠） ☐ 診療看護師					—	
(ふりがな) 氏 名			☐ 男 ☐ 女	生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (令和6年4月1日現在 満 歳)		
(ふりがな) アパート名・番号まで正確に記入すること 現 住 所 〒 —			TEL 自宅・呼出 () 様方 () — 携帯 () —		(年 月撮影) <写真貼付欄> 6ヶ月以内に撮影された、帽子を着用していない、上半身正面向で本人と確認できるものを貼ってください。 写真の大きさは、たて4cm、よこ3cm程度とします。	
(ふりがな) 現住所以外の連絡先（実家等）がある場合に記入すること 連 絡 先 〒 —			TEL 自宅・呼出 () 様方 () —			
学 歴	学 校 名	学 部	学 科	期 間	○で囲んでください	
	中学校			S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒 業	
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・() 年在学 卒業見込・中退	
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・() 年在学 卒業見込・中退	
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・() 年在学 卒業見込・中退	

免許・資格（受験資格に係る、主なものについて記入してください。また、 <u>取得見込のもの</u> も必ずご記入ください）		
免許・資格の名称	交付（認定）機関	取得（見込）年月日
		取得・見込 年 月 日
		取得・見込 年 月 日
		取得・見込 年 月 日
私は日本国籍を有しており、地方公務員法第16条のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 氏 名 (自署してください)		
記入心得 1 黒か青インキを使用し、数字は算用数字で記入してください。 2 太枠内の項目について記入し、※印欄は記入しないでください。 3 該当するものに○印またはレ印をしてください。 4 記入欄が足りない場合には、用紙を貼って書いてください。 5 年月日は和暦（令和・平成・昭和）で記入してください。 6 地方公務員法第16条の内容は、試験案内に記載されているとおりです。	※ 受付形態 本人持参・代理持参 () ・郵 送	
	※ 受付処理日 月 日	※ 受付者印
	※ 備 考	

(切り取らないで下さい)