

# 令和5年度 長崎県五島中央病院職員採用試験受験申込書

受験番号※		試験職種	臨床検査技師		<b>写真欄</b> ※写真は申込前6ヶ月以内に撮影したもので、上半身(正面向き)を写した縦4.0cm横3.0cm程度の本人と確認できるものが必要です。  写真は申込みの際に必ず貼ってください。
ふりがな		性別	生年月日		<b>記入心得</b>  4 3 2 1 記載事項に不正があつた場合は、採用される資格を失うことがあります。 ※欄は記入しないでください。
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 (令和6年4月1日現在 満 歳)		
現住所					( 様方)
電話番号			携帯番号		(上記住所と異なる場合のみ記入してください。)
合格通知書送付先			携帯番号		
電話番号			携帯番号		
学歴 (中学校以上を記入)	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	在 学 期 間	修 学 区 分	
			自 平 ・ 令 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 卒 業 見 込 <input type="checkbox"/> 中 退	
			自 平 ・ 令 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 卒 業 見 込 <input type="checkbox"/> 中 退	
			自 平 ・ 令 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 卒 業 見 込 <input type="checkbox"/> 中 退	
			自 平 ・ 令 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 卒 業 見 込 <input type="checkbox"/> 中 退	
職 歴	勤 務 先 の 名 称	職 種 等	職 務 内 容	在 職 期 間	
				自 平 ・ 令 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月 (在職中・退職)	
				自 平 ・ 令 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月 (在職中・退職)	
				自 平 ・ 令 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月 (在職中・退職)	
				自 平 ・ 令 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月 (在職中・退職)	
資 格 ・ 免 許	免 許 ・ 資 格 の 種 類		取 得 年 月 日		
			平 ・ 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取 得 <input type="checkbox"/> 取 得 見 込	
			平 ・ 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取 得 <input type="checkbox"/> 取 得 見 込	
			平 ・ 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取 得 <input type="checkbox"/> 取 得 見 込	
志望動機、自己PRなど					特技・趣味、好きな学科、スポーツ・文化活動等
扶養家族数(配偶者を除く) 人			配偶者 有 ・ 無		配偶者の扶養義務(配偶者有の場合) 有 ・ 無
私は、上記の採用試験を受験したいので申込みます。 なお、私は地方公務員法第16条の各号の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、事実と相違ありません。  <div style="text-align: center;">令和 年 月 日</div> 氏名(自署) <span style="float: right;">印</span>					受 付 印  ※