

一関市病院事業職員選考採用試験申込書(令和7年度随時募集)

※ 受験番号	
--------	--

1. 職 種	☐ 看護師 ☐ 薬剤師 ☐ 臨床検査技師				年 月 日撮影					
ふりがな			(番地・方書まで詳しく書いてください)							
2. 氏 名		5. 現 住 所	〒 -							
3. 性 別	男 女	6. 連 絡 先	(現住所以外で連絡可能なところを記入してください。家族と同居の場合は記入不要です。)							
4. 生年月日	年 月 日生		(TEL - -)							
7. 学 歴 (記入上の注意参照)	学 校 名	学 部・学 科 名(専攻)		期 間		区 分(○で囲む)				
	中学校			年 月～ 年 月		卒業				
				年 月～ 年 月		卒業・修了・卒業見込み ()学年在学中・()学年中退				
				年 月～ 年 月		卒業・修了・卒業見込み ()学年在学中・()学年中退				
				年 月～ 年 月		卒業・修了・卒業見込み ()学年在学中・()学年中退				
				年 月～ 年 月		卒業・修了・卒業見込み ()学年在学中・()学年中退				
8. 経 歴 (記入上の注意参照)	勤 務 先・部・課		所 在 地		職 務 内 容		在 職 期 間		退 職 事 由	
							年 月～ 年 月			
							年 月～ 年 月			
							年 月～ 年 月			
							年 月～ 年 月			
							年 月～ 年 月			
							年 月～ 年 月			

(写 真 欄)	
(1)	写真は裏の全面にのりをつけてこの欄に貼ってください。
(2)	写真は申込み前6ヶ月以内に撮影した上半身・脱帽・正面向きで本人と確認できる縦5cm、横4cmのものです。 なお、撮影年月日は必ず記入してください。
(3)	写真がない場合は受け付けません。

受験票・通知の送付先
現住所・連絡先

