

市立青梅総合医療センター職員採用試験申込書

※ 受付	
---------	--

受験職種	臨床検査技師 (細胞検査士)	受験番号	※ —		写 真  上半身正面脱帽	
ふりがな				性 別		
氏 名				男 ・ 女		
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日		満 歳
ふりがな						
現 住 所	(〒 — )					
連 絡 先	電話番号 — — E-mail:			左記以外の連絡先 携帯電話・その他( — )		
履 歴	学 歴	年	月	から	中学校	卒
		年	月	まで		
		年	月	から		
		年	月	まで		
		年	月	から		
		年	月	まで		
	職 歴	年	月	から		在 ・ 中 退 卒見 ・ 卒
		年	月	まで		
		年	月	から		
		年	月	まで		
		年	月	から		
		年	月	まで		

注 ※印欄は、記入しないでください。

資格・免許	取得年月日	名 称
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
趣味		
所属クラブ等		
特技		
志望の動機		

扶養親族数 (配偶者を除く)	人	配偶者	有・無	配偶者の 扶養義務	有・無
-------------------	---	-----	-----	--------------	-----

私は、市立青梅総合医療センター職員採用試験を受験したいので申し込みます。  
なお、私は職員採用試験実施要領に掲げてある受験資格を満たしており、この申込書の  
すべての記載事項は事実と相違ありません。

必ず自署・押印してください。→

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

※ つぎの欄は、記入しないでください。

窓口 受付	受理者		郵送 受付	郵便局消印	年 月 日	確認者	
備考							