

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	年 月から 年 月まで				中学校	卒
		年 月から 年 月まで				在・中退 卒見・卒	
		年 月から 年 月まで				在・中退 卒見・卒	
		年 月から 年 月まで				在・中退 卒見・卒	
		年 月から 年 月まで				在・中退 卒見・卒	
		年 月から 年 月まで				在・中退 卒見・卒	
履歴	職	年 月から 年 月まで					
		年 月から 年 月まで					
		年 月から 年 月まで					
		年 月から 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
-----------------------	---	-------	-----	--------------------	-----

<p>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。</p>	
<p>必ず自署・押印してください。→</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">           令和 年 月 日             氏名 _____         </div>	

※ 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							