

## 地方独立行政法人長崎市立病院機構職員採用試験申込書（医療技術員）

|  |                     |   |
|--|---------------------|---|
| 試験職種   | 受験番号                | 写真を貼る位置<br>(1) 写真は申込前6ヶ月以内に写した上半身脱帽正面のものを貼ってください。<br>(2) 写真の大きさは横4cm、縦6cmくらい。<br>(3) 受験票にも同じ写真を貼ってください。 |
| 臨床検査技師   | ※                   |   |
| ふりがな   | 生年月日                |   |
| 氏名   | 昭和・平成 年 月 日         |   |
| 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齢 満 歳 (H30.4.2 現在) |   |

- ・試験職種の欄は、受験を希望する職種を記入してください。
- ・性別は、いずれかにをつけてください。
- ・受験番号の欄には、記入しないでください。

|  |                      |               |                        |   |
|--|----------------------|---------------|------------------------|---|
| 現住所 〒 -                                    | 電話 ( ) -<br>携帯 ( ) - |               |                        |   |
| 合格通知 〒 -<br>の送付先                           | 電話 ( ) -             |               |                        |   |
| E-mail アドレス（携帯電話等でも可ですが、できるだけパソコンをお願いします。） |                      |               |                        |   |
| 学<br>歴                                     | 学 校 名                | 学 部 学 科 名     | 在 学 期 間                | 修 学 区 分   |
|  | 最終（又は現在）             |               | 昭・平 年 月から<br>昭・平 年 月まで | <input type="checkbox"/> 卒業<br><input type="checkbox"/> 卒業見込<br><input type="checkbox"/> 中退 |
|  | 最終前                  |               | 昭・平 年 月から<br>昭・平 年 月まで | <input type="checkbox"/> 卒業<br><input type="checkbox"/> 中退                                  |
|  | 最終前々                 |               | 昭・平 年 月から<br>昭・平 年 月まで | <input type="checkbox"/> 卒業<br><input type="checkbox"/> 中退                                  |
| 職<br>歴                                     | 勤 務 先                | 職 種 ・ 職 務 内 容 | 在 学 期 間                |   |
|  | 現在（又は最終）             |               | 昭・平 年 月から<br>昭・平 年 月まで |   |
|  | 最終前                  |               | 昭・平 年 月から<br>昭・平 年 月まで |   |
|  | 最終前々                 |               | 昭・平 年 月から<br>昭・平 年 月まで |   |
|  | その前                  |               | 昭・平 年 月から<br>昭・平 年 月まで |   |
|  | その前                  |               | 昭・平 年 月から<br>昭・平 年 月まで |   |

- ・学歴欄の修学区分は、該当するいずれかにをつけてください。
- ・合格通知は郵送しますので、郵送先が現住所と異なる場合は、合格通知の送付先を記入してください。

|       |                  |                                       |
|-------|------------------|---------------------------------------|
| 免許・資格 | 臨床検査技師免許取得年月日    | 昭・平 年 月 日 取得 <input type="checkbox"/> |
|       |                  | (第 号)                                 |
|       |                  | 取得見込み <input type="checkbox"/>        |
|       | 免許・資格の種類 (登録番号等) | 取得年月日                                 |
|       | ( )              | 昭・平 年 月 日                             |
|       | ( )              | 昭・平 年 月 日                             |
|       | ( )              | 昭・平 年 月 日                             |
|       | ( )              | 昭・平 年 月 日                             |
| 志望動機  |                  |                                       |
| 趣味・特技 |                  |                                       |
| 自己PR  |                  |                                       |

・希望職種の免許取得年月日については、取得、取得見込みのいずれかにをつけてください。

|   |
|---|
| <p>私は、地方独立行政法人長崎市立病院機構職員採用試験の受験を申し込みます。<br/>         なお、この申込書の記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名<br/>(自署)</p> |
|---|

・記載事項に虚偽がある場合は、合格を取り消すことがあります。