豊川市民病院医療技術職員採用候補者試験申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 写　真　貼　付  　(4.5㎝×3.5㎝)  最近６箇月以内に  撮影したもの | |  | ※受付年月日 | | | | | ※受付番号 |
| 職種（試験を申し込む職種に○をつけてください）  ・臨床検査技師　　　・臨床工学技士　　　・理学療法士  ・作業療法士　　　　・診療放射線技師　　・歯科衛生士  ・保健師 | | | | | |
| ふりがな  　氏　名 | | | | | |
|  | |
|  | | |
| 生年月日  昭和  平成　　　年　　　月　　　日生 | | | | | | 年　齢  　　　　　　　歳 | |  |
| 現住所　〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話（　　　）　　－  　 e-mail | | | | | | | | |
| 上記以外の連絡先（現住所と同じ場合は記入不要）  〒　　　－  携帯電話（　　　）　　－ | | | | | | | | |
| 学歴及び職歴  （学歴は高校卒  　業から記入し  　全学校につい  　て学部、学科  　名まで記載す  　ること。  　職歴は従事し  　た内容を詳し  　く記載するこ  　と。書ききれ  　ない場合は別  　紙に記載する  　こと。書式自  　由）  一般的には、入学の日は○年４月１日、卒業の日は○年３月３１日です。 | （和暦）年 | | | 月 | 日 | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |

※は記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 「豊川市民病院職員を志望した理由」と「自分のセールスポイント」などを記入してください。 | |
| 資格・免許の名称及び取得年月日（見込を含む） | |
| 加入した部活、サークル等（学生～社会人） | 趣味・特技 |
| 特記すべき身体の状況（既往症、障害等級等） | |

|  |
| --- |
| 応募資格、添付書類等確認（すべてレ点で確認してから発送してください）  　□年齢は対象範囲内　　□写真２枚（１枚は申込書に添付）  □返信用封筒１通（長形３号、宛先明記、84円切手添付）  □卒業証明書又は卒業見込証明書　　□成績証明書  □希望する職種の免許を有する場合は、その免許証（写） |

上記のとおり受験申込いたします。

なお、私は地方公務員法第１６条に規定する欠格条項に該当しません。

また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

令和６年　　　月　　　日

豊川市病院事業管理者　殿

　　　　　　 本人氏名（自筆）