

※ 受験番号

地方独立行政法人 桑名市総合医療センター 職員採用試験申込書

提出日 令和 年 月 日

(写真欄)

同じ写真を2枚用意し、内1枚をここに貼ってください。
(1)写真は申込み前6か月以内に帽子をつけないで正面上半身を撮影した縦4cm、横3cmで、本人と確認できる必要があります。
(2)写真の裏面には、氏名を書いてください。

職 種					
1	視能訓練士				
フリガナ		生年月日・年齢・性別			
氏 名		昭和 年 月 日生 平成 満 歳 (令和 年 月 日現在)			
現 住 所 【受験票送付先】 (アパート等に居住の場合は、その名称まで詳しく記入)					
〒 -				TEL () -	携帯
連 絡 先 (帰省地など、現住所以外の連絡場所がある場合に記入)					
〒 -				TEL () -	携帯
学 歴 (高校から順にすべて記入)					
学 校 名		学 部 名	学 科 名	期 間	区 分
				年 月から 年 月まで	卒 年中退 卒見込 年在学
				年 月から 年 月まで	卒 年中退 卒見込 年在学
				年 月から 年 月まで	卒 年中退 卒見込 年在学
年	月	職 歴			
年	月	免 許 ・ 資 格			

(注) この申込書の記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。