※ 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、本人と確認できるものが必要です。
(2)写真の裏面には、氏名を書いてください。

職種			
1	歯科衛生士		

フリガナ		生年月日・年齢・性別
氏　名		昭和 平成　　年　　月　　日生 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 卒見込	年中退 年在学
			年　月から 年　月まで	卒 卒見込	年中退 年在学
			年　月から 年　月まで	卒 卒見込	年中退 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。