

※欄は記入しないでください。

令和5年度 長崎県病院企業団医療技術修学生選考試験申込書（壱岐病院）

| | | | | |
|--|--------------------------------------|--------|------------------------|---|
| 試験職種 | 臨床検査技師 | 受験番号 | ※ | 写真欄 |
| ふりがな | | | 性別 | 無帽で正面から上半身を撮影したもの（過去6ヶ月以内に撮影した、縦4cm×横3cmのもの） |
| 氏名 | | | 男・女 | |
| 生年月日 | 平成 年 月 日生（令和6年4月1日現在 満 歳） | | | |
| 現住所 | 〒 ー (様方) | | | |
| 電話番号 | | 携帯電話 | | |
| 合格通知書送付先 | (上記住所と異なる場合のみ記入してください。) 〒 ー (様方) | | | |
| 電話番号 | | | | |
| 学歴 (中学校以上を記入) | 学校名 | 学部・学科名 | 在学期間 | 修学区分 |
| | (現在または最終) | | 自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退 |
| | (その前) | | 自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 |
| | (その前) | | 自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 |
| 職歴 | 勤務先の名称 | 職種等 | 職務内容 | 在職期間 |
| | (最終) | | | 自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職) |
| | (その前) | | | 自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 |
| 資格・免許 | 免許・資格の種類 | | | 取得年月日 |
| | | | | 平・令 年 月 日 |
| | | | | 平・令 年 月 日 |
| | | | | 平・令 年 月 日 |
| 志望動機・自己PRなど | | | | |
| 申込書記入上の注意 | | | | 受付印 |
| | | | | ※ |
| <p>1 <input type="checkbox"/>は該当するものをチェックしてください。</p> <p>2 インクまたはボールペンで、ていねいに、漏れがないよう楷書で記入してください。</p> | | | | |