

※欄は記入しないでください。

令和8年度 長崎県壱岐病院職員採用試験受験申込書

試験職種		臨床検査技師		受験番号		※		写 真 欄 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。白黒・カラーの別は問いません）		
ふりがな						性 別				
氏 名						男 ・ 女				
生年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日 生 （令和9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 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月			☐ 卒業 ☐ 卒業見込 ☐ 中退		
	(その前)				自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月			☐ 卒業 ☐ 中退		
	(その前)				自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月			☐ 卒業 ☐ 中退		
	(その前)				自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月			☐ 卒業 ☐ 中退		
職 歴	勤 務 先 の 名 称		職 種 等		職 務 内 容			在 職 期 間		
	(現在または最終)							自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月 (在職中・退職)		
	(その前)							自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月		
	(その前)							自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月		
	(その前)							自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月		
	(その前)							自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月		
それぞれの職種の免許・資格			昭和・平成・令和 年 月 日 取得・取得見込み（○をしてください） 取得見込みの場合、日付は不要です。							
そ の 他 の 免 許 ・ 資 格	免 許 ・ 資 格 の 種 類							取 得 年 月 日		
								昭・平・令 年 月 日		
								昭・平・令 年 月 日		
								昭・平・令 年 月 日		
								昭・平・令 年 月 日		
								昭・平・令 年 月 日		

受 験 の 動 機 ・ 自 己 P R な ど	
得 意 な 科 目 ・ 研 究 課 題	
ク ラ ブ 活 動 ・ ス ポ ー ツ ・ 文 化 活 動 等	
趣 味 ・ 特 技	
健 康 状 態	
私は、上記の採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏名（自署）_____	受 付 印 ※

申込書記入上の注意

- 1 ☐は該当するものをチェックしてください。
- 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。
- 3 記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。