

受付年月日

金沢赤十字病院 医師事務作業補助者
採用試験受験申込書

受験番号

フリガナ 1. 氏名	(男・女)	写真貼付欄 6か月以内に撮影した、脱帽 正面向きで背景のない上半 身の縦6cm横4.5cmの写真を その裏面全体にノリをつけて、 はがれないように貼り付けて 下さい。
2. 生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
3. 現住所	〒 - 電話番号 携帯番号	
4. 連絡先	〒 - 電話番号 携帯番号	

5. 学 歴 {最終(現在)学歴と高等学校以後の学歴を順に記入して下さい。}				
学 校 名	学 部	学 科	所 在 地	在 学 期 間
最終(現在)学歴			都・道 市・区 府・県 町・村	年 月から 年 月まで 卒業 ・ 卒業見込
その前			都・道 市・区 府・県 町・村	年 月から 年 月まで 卒業 ・ 卒業見込
高等学校			都・道 市・区 府・県 町・村	年 月から 年 月まで 卒業 ・ 卒業見込

6. 職 歴 {自家営業を含め、現在までの職歴を記入して下さい。}			
勤 務 先	勤 務 先 (部・課名まで)	所 在 地	在 職 期 間
現在の勤務先			平成 年 月から
その前			平成 年 月から 平成 年 月まで
その前			平成 年 月から 平成 年 月まで

7. 免許・資格・特殊技能等			
名 称	段・級位又は種別	取 得 年 月 日	発 行 者

8. 扶養家族数(配偶者を除く) 人 [配偶者 有・無 配偶者の扶養義務 有・無]
私は、金沢赤十字病院医師事務作業補助者採用試験を受験したいので、申し込みます。 この申込書の全ての記載事項は事実と相違ありません。
平成 年 月 日
氏 名
(注)氏名は、本人が自署のこと。また、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。