受付印

金沢赤十字病院臨床検査技師
採用試験受験申込書

受験番号 （記入しないでください）

※西暦で記入して下さい。

フリガナ 氏名		生年月日　年　月　日 男・女（　歳）	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4cm横3cm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
現住所・連絡先	〒　－　電話番号　－　－		
緊急時の連絡先	フリガナ 氏名	続柄	電話番号　－　－

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

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		都・道　市・区 府・県　町・村	年　月から
その前		都・道　市・区 府・県　町・村	年　月から 年　月まで
その前		都・道　市・区 府・県　町・村	年　月から 年　月まで

免許・資格

免許・資格の名称	取得年月日
	年　月　日
	年　月　日
	年　月　日
	年　月　日
	年　月　日

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、金沢赤十字病院臨床検査技師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に相違ありません。

年　月　日　　氏名