

地方独立行政法人 筑後市立病院正規職員 採用試験申込書

一次試験日（試験案内の日程表をご参照ください） ※ 受付 <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> 年 月 日 </div>		受験番号	
(注意事項) 1. 申込書の記入は、太枠内を黒ボールペン等を用いて自筆してください。 また、写真も貼付してください。 2. 数字はアラビア数字を用い、該当箇所を✓、又は該当文字を○で囲んでください。 3. 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。		写 真 6か月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きの写真を貼ってください。	
職 種	<input type="checkbox"/> (A) 看護師 (R4年度) <input type="checkbox"/> (B) 看護師 (R5年度) <input type="checkbox"/> (C) 薬剤師 (R5年度) <input type="checkbox"/> (D) 言語聴覚士 (R5年度)		
フリガナ		男 女	昭和 年 月 日生 (満 歳) 平成
氏 名			
現住所 〒 (—)		* 必ず郵便物が届く住所	
		方 Tel	(携帯)
連絡先 〒 (—)			
		方 Tel	(方呼出)
学 歴	修 学 期 間	学 校 名	学 部 学 科 名
	【最終】 自 年 月 至 年 月		
	【その前】 自 年 月 至 年 月		
	【その前】 自 年 月 至 年 月		
職 歴	在 職 期 間	勤 務 先	所 在 地
	【最終】 自 年 月 至 年 月		
	【その前】 自 年 月 至 年 月		
	【その前】 自 年 月 至 年 月		
	【その前】 自 年 月 至 年 月		

