

平成29年度 鶴岡市職員採用試験申込書

平成30年2月実施

- 1 黒インクのペンを用い、かい書で記入してください。
- 2 □は、該当する事項に「V」印をつけてください。
- 3 写真がない場合は、申込みを受理しません。

受験番号	この欄には記入しないでください。
試験区分	臨床検査技師

ふりがな					□男	□女			
氏名					平成	昭和	年	月	日生
住所 〒					同居先(方)			
					電話番号				
試験結果連絡先	□上段の住所欄と同じ (連絡先記入不要)	□上段の住所欄と異なる 〒	電話番号						
学歴	学校名	学部名	学科名	期間	卒業等の別				
	現在・最終			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	卒業・卒業見込 年在学 年中退				
	その前			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	卒業 年中退 年終了				
その前			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	卒業 年中退 年終了					
次の質問に正しく答えてください。 「いない」又は「ある」に該当する場合は、右欄にその内容を記入してください。					平成 年 月 日撮影				
1 日本国籍を有して □いる □いない					写 真 次のような写真を裏面全体にのりをつけてはってください。 ・ 申込前6ヶ月以内撮影 ・ 脱帽、上半身、正面向 ・ 縦5.5cm、横4cm ・ カラー				
2 後見又は保佐開始の審判を受けたことが □ない □ある									
3 禁こ以上の刑に処せられたことが □ない □ある									
4 懲戒免職されたことが □ない □ある									
5 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し又はこれに加入したことが □ない □ある									

検定・資格・免許	名	称	取得年月日
			昭・平 年 月 日
			昭・平 年 月 日
			昭・平 年 月 日
			昭・平 年 月 日
			昭・平 年 月 日

今までの全ての職歴を古い順に記入してください。自営業を含みます。(職歴がない場合は斜線を引いてください。)					
職歴	在 職 期 間	勤 務 先 (職 業)	所 在 地	仕 事 内 容	退 職 理 由
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		

両親等の住所	<input type="checkbox"/> 表面の住所欄と同じ	<input type="checkbox"/> 表面の住所欄と異なる	〒	電話番号
	(住所記入不要)			

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

氏名 (印)

受 験 票

受験番号	この欄には記入 しないでください。
試験区分	臨床検査技師
氏名	

鶴岡市立荘内病院 総務課
〒997-8515 鶴岡市泉町4番20号
電話番号 0235-26-5111

写 真

次のような写真を裏面全体に
のりをつけてはってください。

- ・申込前6ヶ月以内撮影
- ・脱帽、上半身、正面向
- ・縦5.5cm、横4cm
- ・カラー

平成
年
月
日
撮
影

試験日時	平成30年 2月 4日(日) 受付開始 午前9時20分 / 説明開始 午前9時50分
試験会場	鶴岡市立荘内病院 鶴岡市泉町4番20号 / 電話 0235-26-5111

- 1 試験当日は説明開始時刻まで着席できるよう余裕をもっておいでください。
- 2 受験票、上履き、HBの鉛筆、ボールペン、消しゴムを持ってきてください。
- 3 昼食は、弁当を持ってくるなど各自で用意してください。
- 4 建物内及び敷地内は禁煙です。
- 5 自家用車を利用する場合は、病院の駐車場をご利用ください。