**日南町病院事業職員採用試験申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付印 |  | | | |  | | | | | ※受験番号 |
| 受　　験  申　　込  職　　種 | | | | □医師　□看護師　□准看護師　□薬剤師　□放射線技師  □臨床検査技師　□理学療法士　□作業療法士　□（管理）栄養士  □看護補助者　□医療助手　□医療事務　□その他（　　　　　　） | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | 生年月日  昭和・平成　　年　　月　　日生 | | | |
| 氏　名 | |  | | | | |
| 性別 | |  | |
| ふりがな | |  | | | | | | | | |
| 現住所 | | 〒□□□－□□□□ [ 電話（自宅・呼出）（　　　　） 　－ ] | | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 〒□□□－□□□□ [ 電話（自宅・呼出）（　　　　） 　－ ] | | | | | | | | |
| 私は、日南町病院事業職員採用試験を受験したいので申し込みます。  　なお、私は試験公告に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書及び別添履歴書の記載事項は事実に相違ありません。  令和　　年　　月　　日  　　氏名（自書） | | | | | | | | | | |
| ※受付 | | | 令和　　 年 　　月 　　日 | | | ※係員 | | 印 | | |