

受 付 印

令和4年度 小田原市立病院職員採用試験申込書

※

試 験 区 分

受験番号

臨床検査技師

※

1	ふりがな 氏 名	昭和・平成 年 月 日生 男・女 ( 歳) ※受験日現在				
2	国 籍	ア 日本国 イ ( )			※	
3	現 住 所	〒 電話 ( )	自宅・下宿 アパート・学生寮		写 真  脱帽上半身 3箇月以内撮影 縦5×横4cm	
4	連 絡 先	〒 電話 ( )	携帯電話			
5	学 歴 (高等学校から順に記入してください。)					
	学 校 名	学部学科名	一・二部・ 通信・全日・ 定時制の別	所 在 地 (都道府県及び市町村)	期 間 (西暦で記入)	修学区分
					年 月から 年 月まで	卒業 中退 卒業見込
					年 月から 年 月まで	卒業 中退 卒業見込
					年 月から 年 月まで	卒業 中退 卒業見込
6	職 歴 (これまでに就職した場合は、新しい順にもれなく記入してください。)					
	勤 務 先	職務内容	雇用形態	所 在 地 (都道府県及び市町村)	期 間 (西暦で記入)	退職理由
			正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	
			正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	
			正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	
			正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	

