

令和5年度新潟市民病院職員採用試験【助産師・薬剤師・臨床検査技師】受験申込書

※試験案内に記載の「11 受験申込み上の注意」をよく読んで記入してください。

ふりがな				受験番号	—
氏名					
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	写真を貼る 写真裏面に 氏名を記入 ※6ヶ月以内に撮影したもの。 ※写真がないと受験できません。 (縦4cm、横3cm程度)
現住所	〒			令和 年 月 撮影	
合否通知先	〒				
	Tel ( ) —				
	〒			□現住所と同じ	
	Tel ( ) —				
学歴・学校名	学部・学科等	在学期間	該当を○で囲む		
最終		年 月～ 年 月	卒・卒見込・中退		
その前		年 月～ 年 月	卒・中退		
その前		年 月～ 年 月	卒・中退		
現在の勤務状況 (該当を○で囲む)	有 無	有の場合 勤務先名			
受験に必要な 資格免許科目	名称	平成・令和 年 月取得 (見込み)			
職種 (いずれか1つ○で囲む)	助産師 ・ 薬剤師 ・ 臨床検査技師A ・ 臨床検査技師B				
私は試験案内の記載内容をすべて了承のうえ、新潟市民病院職員採用試験の受験を申し込みます。 なお、私は試験案内にあるすべての受験資格を満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 (自署)					
あなたは、この募集を何によって知りましたか。(該当する□にレをつけてください。) <input type="checkbox"/> 市報にいがた <input type="checkbox"/> ホームページ(職員採用案内) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

※ 試験の時に、車椅子等の使用により試験会場で特別な配慮を必要とする方は、その旨を記入してください。( )

受験票  令和5年度 新潟市民病院職員 採用試験  [ 助産師・薬剤師 臨床検査技師A・臨床検査技師B ]	受験番号	—
	氏名	
	試験日時	令和5年6月10日(土曜日)
	受付時間	: ~ :
	試験会場	

※受付時間に遅れると受験できませんのでご注意ください。  
 ※試験案内に記載の「12 受験心得」をよく読んで受験してください。  
 ※太線内について記入(受験票は氏名欄のみ記入)してください。