

令和4年度新潟市民病院職員採用試験【臨工・理学・視能・遺伝】受験申込書

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

ふりがな				受験番号 —	令和 年 月 撮影	
氏名						
生年月日	昭和・平成	年	月			日生
現住所	〒 Tel () —					
合否 通知先	〒 Tel () —			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)		
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)	臨床工学技士・理学療法士・視能訓練士・遺伝カウンセラー					
私は試験案内に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4年度 新潟市民病院職員 採用試験 [臨床工学技士・理学療法士 視能訓練士・遺伝カウンセラー]	受験番号	—
	氏名	
	試験日時	令和4年7月9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。