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 □介護福祉士　□介護支援専門員　□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・携帯）（　　）　－　　］		
ふりがな			
連絡先	〒□□□－□□□□　［ 電話（自宅・携帯）（　　）　－　　］		

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。

平成　　年　　月　　日

氏名（自書）

※受付	平成　　年　　月　　日	※係員	印