

## 日南町病院事業職員採用試験申込書

受付印			※受験番号
受 申 職	験 込 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> （管理）栄養士 <input type="checkbox"/> 看護補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 医療事務 <input type="checkbox"/> その他（                    ）	
ふりがな			生年月日
氏 名			昭和・平成      年      月      日生
			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）（      ）      -      ]		
<p>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。</p> <p>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と相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">氏名（自書）</p>			
※受付	平成      年      月      日	※係員	印