**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□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・呼出）（　　　　） 　－ ] |
| ふりがな |  |
| 連絡先 | 〒□□□－□□□□ [ 電話（自宅・呼出）（　　　　） 　－ ] |
| 　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 |