

| | | | |
|--|---------|--------|---------|
| ※写真を貼ってください 1 縦 36-40mm 横 24-30mm 2 胸上無背景 | 試験職種 | 希望試験会場 | 氏名 |
| | 臨床検査技師 | 希望試験日 | (ふりがな) |
| | | | 性別 |
| | 現住所 〒 - | | |
| 電話番号 自宅・携帯 () | | | 生年月日 |
| 現住所以外の連絡先(帰省先等) | | | 昭和 ・ 平成 |
| 電話番号 自宅・携帯 () | | | 年 月 日 |
| | | | (歳) |

■ 経歴・職歴 (中学校卒業後の経歴等を空白期間が生じないように記入してください。無職の場合は無職と記入)

| 学校名・勤務先名等 | 学部・職務内容等 | 始 期 | 終期(見込) |
|-----------|----------|-------------|-------------|
| | | 昭・平・令 年 月 日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 | 昭・平・令 年 月 日 |

| | | | | | |
|---|---|-------|------------------|-------|----------|
| 年 | 月 | 免許・取得 | 〈趣味、特技、好きな学科〉 | | |
| | | | | | |
| | | | 扶養家族数 (配偶者除く) | 配偶者 | 配偶者の扶養義務 |
| | | | 人 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| 〈健康状態・既往歴〉(いずれかにレを記入) (配慮事項の検討等の参考とするものであり、評定に影響するものではありません。) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 特に大きな病気をしたことはない <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気がある <input type="checkbox"/> (1ヶ月以上の) 病気をしたことがある (病名: 時期: 年 月 ~ 年 月) | | | | | |
| 〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉 | | | | | |

※経歴・職歴欄に書ききれない場合はコピーして記載してください。<A4サイズ:片面で印刷すること>

| | | |
|--------|--------|--------|
| 試験職種 | 希望試験会場 | 氏名 |
| 臨床検査技師 | | (ふりがな) |

■ 志望理由

■ 自己PR

■ 配属先に関する希望について

希望する病院を次の①から②までの中から選択し、番号を回答欄に記入してください。

| | |
|-----------------|-----------------|
| ① 江 差 病 院 (江差町) | ② 羽 幌 病 院 (羽幌町) |
|-----------------|-----------------|

番号記入欄→

| |
|------|
| 第1希望 |
| |

| |
|------|
| 第2希望 |
| |

- ※ 配属を希望する病院の回答が、選考の可否に影響することはありません。
- ※ 採用にあたっては、必ずしも希望する病院に配属とならない場合もあります。
- ※ 合格通知後、合格者に対して採用意向確認等を行いますが、指定した病院を辞退した場合は、採用されません。