

平成23年度水俣市病院事業職員採用試験申込書

受験職種	※受験番号		写真貼付欄		
ふりがな 氏名	性別（○で囲む） 男・女		写真は、申込前3月以内に写したもので、上半身、脱帽、正面向きで本人と確認できるもの ※縦4cm×横3cm程度		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 平成24年4月1日現在 満 歳				
ふりがな 現住所	(〒) (Tel)				
現住所以外に連絡を希望する場合 ふりがな 住所	(〒) (Tel)				
学歴	在学期間	学校	学部学科名	所在地 (都道府県)	卒、卒見込、 中退等
	最終 年 月から 年 月まで				卒、卒見込、 卒見込 中退
	その前 年 月から 年 月まで				卒、卒見込、 卒見込 中退
	その前 年 月から 年 月まで				卒、卒見込、 卒見込 中退
免許資格等		年 月取得			年 月取得
		年 月取得			年 月取得
		年 月取得			年 月取得
		年 月取得			年 月取得
語学、スポーツ、芸術、趣味等で一芸に秀でるもの、その他ボランティア活動、国際交流活動などの経歴等を記入（欄が不足するときはA4判の用紙で追加記入してください）					

私は、実施要領欠格条項等に該当していません。
また、この申込書に記載した事項に相違ありません。
平成 年 月 日

氏名

- (注) 1 ※欄を除くすべての欄に記入してください。
2 記入事項に不正があると受験が無効になることがあります。
3 記入にあたっては、すべて青又は黒インク（同色ボールペンを使用可）を用いて楷書で書いてください。

平成23年度水俣市病院事業職員採用試験受験票

受験職種	※受験番号	
ふりがな 氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	性別（○で囲む） 男・女

(注)

- ※欄を除く全ての欄に記入してください。
- 時計を持参する場合は、時計機能だけのものに限りません。
- 本票を紛失した場合は速やかに申し出てください。
- 受験票は、試験当日必ず持参ください。**

(備考)

- 採用試験 日時 平成24年1月29日（日）午前8時30分から
（午前8時20分集合）
会場 国保水俣市立総合医療センター（5階会議室）
水俣市天神町1-2-1
Tel 0966-63-2101
- 採用試験についての問い合わせ先
国保水俣市立総合医療センター
事務部 総務課 総務係
〒867-0041 水俣市天神町1-2-1
Tel 0966-63-2101

切
り
と
ら
な
い
で
く
だ
さ
い