

大崎市病院事業 会計年度任用職員採用試験受験申込書

令和 年 月 日現在

職 種	メディカル アシスタント (時給制)	受験番号	*	
ふりがな			生年月日・年齢	性別
氏 名			昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所	(〒 -) (電話番号 - -) (様方)			
連絡先	◇現住所以外に電話連絡・受験票送付・合否結果通知を希望する場合のみ記入してください。 (〒 -) (電話番号 - -) (様方)			

記 入 心 得

- (1) 該当する口の中にはレ印を，該当する事項は○で囲んでください。
- (2) 記入はすべて青又は黒インク若しくはボールペンを用い，ていねいに書いてください。数字は算用数字で書いてください。
- (3) 氏名及び生年月日は，正確に記入してください。
- (4) 住所は，寮・アパート等の場合はその名称・部屋番号まで，下宿等の場合には同居先を必ず記入してください。
また，電話のある場合には，その局番（又は局名）・番号を記入してください。
- (5) *欄への記入は不要です。