# 令和7年度 西臼杵医療センター職員採用試験受験申込書

# 履歴票

職種		※受験番	<b>备号</b>	受験団体	名
臨床検査技師	D )				杵広域行政 『務組合
フリガナ	生年	月日			
	昭	和			
氏名	平	成	年	月	日生
		( 令和	和8年4月1日現在	満	歳 )
現住所(寮、下宿、アパート等の場合には	、建物の	の名称、同	司居先等を都道府	F県から明	確に記入。)
(〒 − ) (TEL −	-	- )	(携帯 -		)
連絡先(現住所と同じ場合には記入不要。	)				
(〒 − ) (TEL −	-	- )	(携帯 -		)

### ◎ 免 許・資 格 (資格・試験の必要な試験申込者は必ず記入)

取得	けい 見込み)年。	月日	資格・免許の名称
年	月	В	
+	Л	П	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	

※ 受付印	

※印欄は、記入不要。

### ◎ 学 歴 ・ 職 歴 (中学卒業から記入)

	年 月 日		履    歴
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	

○ 受験の際の要望事項
○ 西臼杵医療センターを志望した動機及び自己PR

#### 【注意事項】

- (1) 記載事項に不正があると、公務員として採用される資格を失うことがあります。
- (2) ※印欄以外は、各票とももれなく記入して下さい。
- (3) 記入は、黒のポールペンを使用し、かい書ではっきり書いて下さい。 数字は、算用数字を用いて下さい。
- (4) 資格・免許が必要な試験は、その資格・免許が取得できない場合は採用されません。
- (5) 「受験の際の要望事項」欄には、「車いす使用のため段差の解消を希望」など、 受験に際して要望のある場合にその内容を記入してください。
- (6) 受験票は受付締切後送付します。

## 受 験 票

令和7年度 西臼杵医療センター職員採用試験

市141年及 四日	3件医療センター#	或貝採用 試験
職種		※受験番号
臨床検	査技師	
	( D )	
受験団体名	生年月日	•
   西臼杵広域行政	昭和	
事務組合	平成 年	月 日生
	令和8年4月1日現在	満歳
フリガナ		
氏名		

1 試験日

令和 7年 11月 8日(土) 受付開始 8:30

受験開始 9:10

2 試験会場

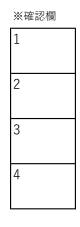
高千穂町国民健康保険病院(会議室) 宮崎県西臼杵郡高千穂町大字三田井435番地1

## 写真票

令和7年度 西臼杵医療センター職員採用試験

職種					
臨床検	查技師				
			(	D	)
受験団体名	※受験番	号			
西臼杵広域行政					
事務組合					
フリガナ					
氏名					





切手は、当		
センターが 負担します		+/17
負担します		都
		府
	市	
	郡	
		梯
(氏名)		朴
(上記に郵便番号	大、住所、氏名を記入して下さい。	合格通知
等まト記宛でに	送付します。)	

2 受験の際は必ずこの受験票、筆記用具を持参してください。受験

6 感染症対策を心掛け、試験当日はマスクの着用をお願いします。

※担当係員の指示をよく聞いて行動して下さい。

票を持参しなかった受験者は、受験をお断りします。 3 受験票を汚したり、折り曲げたりしないでください。 4 携帯電話を時計代わりに使用することはできません。

※不正行為者は直ちに退場を命じます。

ません。

5 敷地内は全面禁煙です。