

令和2年度 菊池養生園保健組合職員採用試験申込書

職 種		受験番号				氏 名 (上段:ふりがな)							
臨床検査技師(資格免許)													
生年月日	平成	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男		国籍	<input type="checkbox"/> 日本				
	令和2年7月1日現在で満 歳					<input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 日本以外				
現住所	郵便番号	-		電話番号	-		-						
書類等送付先	郵便番号	-		電話番号	-		-						
免許・資格													
名 称					取得(予定)年月								
					年	月	<input type="checkbox"/> 取得		<input type="checkbox"/> 取得見込				
					年	月	<input type="checkbox"/> 取得		<input type="checkbox"/> 取得見込				
					年	月	<input type="checkbox"/> 取得		<input type="checkbox"/> 取得見込				
学 歴													
学校名	学部	学科・専攻	所在地 市町村名まで		在学期間			卒・在学 等区分					
(最終)					平	年	月	から	平・令	年	月	まで	卒・卒見込 — 年在学 — 年中退
(その前)					平	年	月	から	平	年	月	まで	卒・卒見込 — 年在学 — 年中退
(その前)					平	年	月	から	平	年	月	まで	卒・卒見込 — 年在学 — 年中退

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項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。

令和 年 月 日

氏名(自筆)

写 真 票

写真貼付 3ヶ月以内に撮影されたもので、帽子を着用せず、上半身正面向きで本人と確認できるもの。サイズは、たて4cm×よこ3cm程度とします。	職 種			
	臨床検査技師 (資格免許)			
	受験番号			
	氏 名			
専 門	事 適	作 文		

令和2年度 菊池養生園保健組合職員採用試験 受 験 票

職 種	臨床検査技師(資格免許)
受験番号	
氏 名	
【第一次試験の注意事項】	
日 時	令和2年4月11日(土)8:30集合
会 場	熊本県菊池市泗水町吉富2193-1 菊池養生園保健組合
持参品	受験票・筆記用具(HBの鉛筆、消しゴム)・上履き
昼 食	試験終了予定時刻は12:00の予定ですので、必要に応じて準備してください。
駐車場	係員の指示に従って会場周辺の指定区域に駐車してください。

【お問い合わせ】 菊池養生園保健組合総務課(TEL:0968-38-2820)

令和2年度 菊池養生園保健組合職員採用試験申込書

職 種		受験番号		氏 名 (上段:ふりがな)	
臨床検査技師(資格免許)				いちむら まちこ	
市村 町子					
生年月日	平成 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日生	性別	<input type="checkbox"/> 男	国籍	<input checked="" type="checkbox"/> 日本
	令和2年7月1日現在で満 ○○ 歳		<input checked="" type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 日本以外
現住所	郵便番号	△△△-△△△△	電話番号	△△△-△△△△-△△△△	
	熊本県○○市○○町△△△△ ○○アパート△△△△号				
書類等送付先	郵便番号	△△△-△△△△	電話番号	△△△△-△△-△△△△	
	同 上 (送付先が違う場合は必ず記入すること)				
免許・資格					
名 称			取得(予定)年月		
普通自動車第一種免許			平成 ○○ 年 ○ 月	<input checked="" type="checkbox"/> 取得	<input type="checkbox"/> 取得見込
臨床検査技師			平成 ○○ 年 ○ 月	<input checked="" type="checkbox"/> 取得	<input type="checkbox"/> 取得見込
			年 月	<input type="checkbox"/> 取得	<input type="checkbox"/> 取得見込
学 歴					
学校名	学部	学科・専攻	所在地 市町村名まで	在学期間	卒・在学 等区分
(最終) ○○○○大学	○○学部	○○学科	○○市	平成 ○○ 年 ○ 月から 平成 ○○ 年 ○ 月まで	<input checked="" type="checkbox"/> 卒見込 — 年在学 — 年中退
(その前) ○○○○高校		○○科	○○市	平成 ○○ 年 ○ 月から 平成 ○○ 年 ○ 月まで	<input checked="" type="checkbox"/> 卒見込 — 年在学 — 年中退
(その前) ○○○○中学校			○○町	平成 ○○ 年 ○ 月から 平成 ○○ 年 ○ 月まで	<input checked="" type="checkbox"/> 卒見込 — 年在学 — 年中退

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項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。

令和 2 年 3 月 4 日

氏名(自筆) **市村 町子**

写 真 票

写真	職 種
	臨床検査技師 (資格免許)
	受験番号
	氏 名
	市村 町子
	教養 事適 作文

令和2年度 菊池養生園保健組合職員採用試験 受 験 票

職 種	臨床検査技師(資格免許)
受験番号	
氏 名	市村 町子
【第一次試験の注意事項】	
日 時	令和2年4月11日(土)8:30集合
会 場	熊本県菊池市泗水町吉富2193-1 菊池養生園保健組合
持参品	受験票・筆記用具(HBの鉛筆、消しゴム)・上履き
昼 食	試験終了予定時刻は12:00の予定ですので、必要に応じて準備してください。
駐車場	係員の指示に従って会場周辺の指定区域に駐車してください。

【お問い合わせ】 菊池養生園保健組合総務課(TEL:0968-38-2820)