

公益社団法人都市北諸県郡医師会  
 都城健康サービスセンター  
 職員採用試験 受験申込書

(臨床検査技師)

受験番号※

氏名	(ふりがな)	男・女	平成 年 月 日生
	〒 -		
現住所	(ふりがな) 〒 -		
連絡先	TEL ( ) -	携帯 ( ) -	
	E-mail :		
送付先	(ふりがな) 〒 - (現住所以外を希望する場合のみ記入)		

(写真欄)

・写真は2枚必要です。  
 1枚はこの枠内に、他の1枚は下の受験票に貼って提出してください。

・写真は、3ヶ月以内のもの(縦4cm・横3cm)で本人と確認できるものがが必要です。

学歴	学校名	学部・学科	在学期間(和暦)	卒業等の区分
	現在又は最終		年 月から 年 月まで	卒見込・卒業・中退
	その前①		年 月から 年 月まで	卒業・中退
	その前②		年 月から 年 月まで	卒業・中退
(資格・免許 取得見込含む)	名称・種類	取得(見込)年月	名称・種類	取得(見込)年月
		年 月		年 月
		年 月		年 月

・記入上の注意は裏面にありますので、よく読んで記入してください。

(切り離さないこと)

公益社団法人都市北諸県郡医師会  
 都城健康サービスセンター職員採用試験 受験票

試験区分	臨床検査技師	受験番号	※
氏名			
試験日時	令和6年12月6日(金曜日) [受付] 13時00分～13時20分 [試験] 13時25分～14時15分(専門) [面接] 14時30分～(個人毎)		
試験会場	都城健康サービスセンター研修ホール(1階) 宮崎県都市北諸郡太郎坊町1364-1 0986-36-8700		
注意事項	1 必ず指定時刻までにお越しください。 遅刻すると受験できません。 2 受験票は机の右上に提示してください。 3 筆記用具を持参してください。		

(写真欄)

この申込書に記載したことは事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

印

(自署のこと)

.....(切 り 離 さ な い こ と).....

### 記 入 上 の 注 意

- 1 記入事項に虚偽又は不正があると採用される資格をを失うことがあります。
- 2 ※欄を除いて、全ての欄にもれなくインク又はボールペン（黒又は青）を用い、かい書で丁寧に記入してください。なお、数字は算用数字で記入してください。
- 3 連絡先は、あたなに連絡するときに確実に連絡できる番号を記入してください。
- 4 写真は2枚必要です。1枚は受験申込書に、他の1枚は受験票に貼ってください。