

令和7年度 稚内市病院事業会計年度任用職員採用試験申込書

※該当にチェックし必要事項を記入してください。(複数チェック不可)

職種 (該当に✓印)	
<input type="checkbox"/>	助産師
<input type="checkbox"/>	看護師
<input type="checkbox"/>	准看護師
<input type="checkbox"/>	医師事務作業補助者A
<input type="checkbox"/>	看護補助者A
<input type="checkbox"/>	看護補助者B
<input type="checkbox"/>	業務補助員A
<input type="checkbox"/>	クラーク
<input type="checkbox"/>	検眼士
<input type="checkbox"/>	電話交換手A
<input type="checkbox"/>	電話交換手B
<input type="checkbox"/>	事務補助員A
<input type="checkbox"/>	事務補助員B
<input type="checkbox"/>	保育士A
<input type="checkbox"/>	保育士B
<input type="checkbox"/>	保育補助員A
<input type="checkbox"/>	補助員A (薬局)
<input type="checkbox"/>	補助員B (放射線科)
<input type="checkbox"/>	補助員C (リハビリ)
<input type="checkbox"/>	補助員D (臨床検査科)

受験番号			

写真 上半身・無帽 最近3ヶ月以内 縦4.0cm 横3.5cm	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
	現住所	〒	電話番号
	連絡先		電話番号

学歴	期間	学校名	学部・学科等	修学区分
	最終学歴 年 月			卒業・卒業見込 中退
	その前の学歴 年 月			卒業・卒業見込 中退

令和7年度 稚内市病院事業会計年度任用職員採用試験申込書（裏面）

職	期間	名称	職務内容（具体的に）
	年 月から		
歴	年 月まで		
	年 月から		
歴	年 月まで		
	年 月から		
歴	年 月まで		
	年 月から		
歴	年 月まで		
	年 月から		
歴	年 月まで		
	年 月から		

資格 免許	(年取得)	(年取得)
	(年取得)	(年取得)

自己PR

私は、稚内市病院事業会計年度任用職員採用試験を受験したいので申し込みます。
また、試験案内に掲げる受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項に
相違ありません。

令和 年 月 日 本人氏名（自署）