

受 験 願 書

平成 年 月 日

岡谷市病院事業管理者 殿

受 験 者

氏 名 _____ 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

現 住 所 _____

就職後の予定住所 _____

(住所が決まっていない場合は、「未定」)

平成 年度採用 岡谷市病院事業職員採用試験を受験したいので、関係書類を添えて申し込みいたします。

1 受験希望職種

<input type="checkbox"/> 看 護 職		
A 保健師	B 助産師	C 看護師
D 任期付准看護師	E	F
<input type="checkbox"/> 医療技術職		
G 薬剤師	H 理学療法士	I 作業療法士
J 視能訓練士	K 言語聴覚士	L 診療放射線技師
M 臨床検査技師	N 臨床工学技士	O
<input type="checkbox"/> 事務職等		
P 医療ソーシャルワーカー	Q 診療情報管理士	R 医療事務
S	T	U

2 連絡先

TEL _____