

# 受 験 願 書

令和 年 月 日

岡谷市病院事業管理者 殿

受 験 者

氏 名 \_\_\_\_\_

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」)

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

a	看護師	随時採用
b	夜勤専従看護師	随時採用

採用希望年月日： 年 月 日

※ご希望に沿いかねる場合がございます。ご了承ください。

## 2 連 絡 先

TEL — —

ふりがな

MAIL @

※誤送信を防ぐため“ふりがな”の記入をお願いいたします。