

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 _____ 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」)

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 (アルファベットに○をしてください。)

a	薬剤師	令和6年 7月採用
b	薬剤師	令和6年10月採用
c	薬剤師	令和7年 4月採用

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。