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　　（アルファベットに○をしてください。）

a	臨床工学技士	令和９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。