



豊橋市民病院職員採用候補者試験申込書
(令和4年度新規採用)

受験番号

※ 該当する職種に✓点を記入してください

- ☐ 薬剤師
☐ 臨床検査技師
☐ 診療放射線技師
☐ 歯科衛生士

第 号（記入しないでください。）

写真貼付

6か月以内に撮影したもの
(3cm×4cm)

年 月 摄影

添付書類

- ①国家資格の免許証の写し等資格を確認できるもの
(裏書きのある場合は、裏面の写しも添付してください。)
- ②最終学校の卒業見込証明書
- ③最終学校の在学成績証明書(必ず厳封のもの)
- ④受験票(63円切手貼付し、宛先等必要事項を記入してください。)
- ※①については、令和4年3月31日までに免許又は資格取得見込の方は必要ありません。
- ※②、③については、令和4年3月卒業予定者のみ必要です。

本人 現住所	〒		自宅	()	局	番
			携帯			
家族 連絡先	〒		自宅	()	局	番
フリカナ 氏名			男・女	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳) *R4.4.1現在		

[illegible]

年	月	日	賞罰
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		

資格・免許	資格(免許)取得(見込)年月日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
趣味・特技	自覚している性格

豊橋市民病院へ就職希望する理由

自己PR(これだけは他人に負けないこと)

上記のとおり関係書類を添えて受験申込みいたします。
なお、私は地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しません。
また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

年 月 日

豊橋市長 浅井由崇 様

本人氏名(自署)