

令和6年度（2024年度）
地方独立行政法人広島市立病院機構職員採用試験申込書

※受験番号

ふりがな	試験区分		性別	
氏名	薬剤師・臨床検査技師		男・女	
生年月日		年齢	写 真 (タテ5cm×ヨコ4cm)	
昭和・平成	年 月 日生	[申込時ではなく、 令和7年4月1日現在] 満 歳		1 申込みの際に最近3か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身の写真を貼ってください。
現住所 〒		方		2 写真の裏面に氏名を記入してください。
Tel			3 裏全面にのり付けし、はがれないようにしっかりと貼ってください。	
携帯電話		E-mail:		
連絡先（帰省先等、現住所以外の連絡先あれば必ず記入してください。）				
〒				
		Tel ()		

（申込書記入上の注意事項をよく読んでから記入してください。）

学 校 名	学 部	学 科	所 在 地	在 学 期 間	修 学 区 分
最終（現在）			市・区 町・村	昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	卒・卒見・中退・ __年在学中
その前			市・区 町・村	昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	卒 業 その他（ ）
その前			市・区 町・村	昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	卒 業 その他（ ）
勤務先（部課名まで）	職 務 内 容		所 在 地	勤 務 期 間	
最終（現在）				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	
その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	
その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	
その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	
その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	
名 称	取 得 年 月	名 称	取 得 年 月		
	昭・平・令 __年__月 取得 取得見込		昭・平・令 __年__月 取得 取得見込		
	昭・平・令 __年__月 取得 取得見込		昭・平・令 __年__月 取得 取得見込		

希望勤務先を希望順に、1から4までの数字を記入してください。

広島市民病院（ ） 北部医療センター 舟入市民病院（ ） リハビリテーション（ ）
安佐市民病院（ ） 病院

- 希望勤務先は、採用時の配属を行う際に参考とするもので、実際の配置は職員の欠員状況等により決定します。必ずしも希望に添うものではありません。
- また、採用後、各市立病院間で配置替えをすることがあります。

合格した場合の勤務開始可能年月

令和 年 月

