

令和7年度（2025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 歯科技工士 (職務経験者採用)		性別 男・女	
氏名				写真 (タテ5cm×ヨコ4cm) 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。 2 写真の裏面に氏名を記入してください。 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。	
生年月日 昭和・平成 年 月 日生		年齢 〔 申込時ではなく、令和8年4月1日現在 〕 満 歳			
現住所 〒 _____ 方					
Tel _____ 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。)

学歴	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
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( )

  

職歴	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

  

資格・免許	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 安佐市民病院 ( ) 舟入市民病院 ( ) リハビリテーション病院 ( )

- ・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

