

(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。)

令和8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		DXスペシャリスト (有期嘱託職員)		男 ・ 女	
生年月日		年齢		写 真	
昭和・平成 年 月 日生		〔 申込時ではなく、 令和9年4月1日現在 〕 満 歳		(タテ5cm×ヨコ4cm)	
現住所 〒 —				1 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。	
方				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。	
Tel — —		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 — —					

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	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 ()
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		
		昭・平・令 年 月 取得 取得見込		昭・平・令 年 月 取得 取得見込		

合格した場合の勤務開始可能年月	令和 年 月
-----------------	--------

私は、地方独立行政法人広島市立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。
なお、私は受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、申込書の記載事項に相違ありません。

確認欄
(右欄に☑)

☐