

平成29年度 奈良県立病院機構職員採用試験（薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師）受験申込書

受 験 票

平成29年度 奈良県立病院機構職員採用試験
 (薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師)

ふりがな				受験番号	※1		
氏名				職種	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生 (満	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳)
現住所	〒 (-)						
	(同居先 方)						
	電話番号 (- -)						
※2 結果通知 連絡先	〒 (-)						
	(同居先 方)						
※3 最終学歴	学校名	学部学科	修学区分				
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	<input type="checkbox"/> 卒業見込・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退	
※4 職歴	勤務先の名称		在職期間	区分	業務内容(薬剤業務等)		
			自： 年 月 至： 年 月	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤			
免許	受験職種に 該当する免許	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	取得・見込		
※5 進学希望	進学希望の有無 → <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は、その内容を記載)						
※5 併願病院	奈良県立病院機構以外の志望先の有無 → <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は、その内容を記載)						
※6 希望 配属先	採用時の希望配属先についてお聞きします。(※希望どおり配属されるとは限りません)						
	<input type="checkbox"/> 奈良県総合医療センター		<input type="checkbox"/> 奈良県西和医療センター				
	<input type="checkbox"/> 奈良県総合リハビリテーションセンター		<input type="checkbox"/> どこでも良い				

受験番号	※1
職種	<input type="checkbox"/> 薬 剤 師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師
ふりがな	
氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 (満 歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
試験会場	【第一次試験】 郡山総合庁舎会議室 【第二次試験】 郡山総合庁舎会議室〈予定〉
試験日	【第一次試験】 平成29年 8月 5日 (土) 【第二次試験】 平成29年 8月22日 (火)〈予定〉 平成29年 8月23日 (水)〈予定〉 平成29年 8月24日 (木)〈予定〉 平成29年 8月25日 (金)〈予定〉

(写真欄)
 試験当日に写真を
 貼り付けていない
 人は受験できませ
 ん
 写真は縦4cm横3cm
 上半身脱帽正面向
 で3か月以内のもの

(平成 年 月 撮影)

試験時間割

【第一次試験】

平成29年 8月 5日 (土)

受付時間 9:00～ 9:20
試験開始 9:30～
終了時間 12:00頃

【第二次試験】

平成29年 8月22日 (火)〈予定〉

平成29年 8月23日 (水)〈予定〉

平成29年 8月24日 (木)〈予定〉

平成29年 8月25日 (金)〈予定〉

受験心得

- 1 受験の際は必ず本票を持参し、受付時間内に来てください。
- 2 試験当日は筆記具を持参してください。
なお、ゴミは持ち帰ってください。
- 3 その他係員の指示に従わない場合は、受験できなくなることがあります。

※7

私は、①()②()という在留資格)を有しています。

私は、次の各号のいずれにも該当しておりません。

- (1) 成年被後見人又は被保佐人(民法の一部を改正する法律の規定により従前の例によることとされる準禁治産者を含む。)
- (2) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- (3) 奈良県及び奈良県立病院機構において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- (4) 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

平成 年 月 日 (本人自署) 氏 名

申込書記入要領

- 署名は必ず自筆で行い、正しく記入してください。記入事項に不正があると、奈良県立病院機構職員として採用される資格を失うことがあります。
- 黒のインクまたはボールペンでもれなく記入し、該当する口欄にレ印をつけてください。
- ※印のある欄についての注意事項は次のとおりです。

※1 記載しないでください。

※2 現住所以外に結果連絡を希望する場合にのみ記入してください。

※3 受験職種に関する最終学歴を記入してください。

※4 アルバイトを除く直近の職歴について記入してください。

※5 進学や他の志望先の有無は試験の合否に一切影響しません。

※6 希望配属先については、あなたが合格された場合の配属について、参考にさせていただくためのものですが、必ず希望どおりになるとは限りません。

※7 日本国籍を有する人は、①()に「日本国籍」と記入してください。

日本国籍を有しない人は、②()に「永住者」、「特別永住者」、「日本人の配偶者等」、「永住者の配偶者等」、「定住者」のうちいずれかを記入してください。