

愛知県職員(医療技術者)採用選考申込書

職 種				・記入された個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。		
(フリガナ) 氏 名		生年 月 日	年 月 日 (来年4月1日の年齢)満 歳	(性 意 別)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	写真添付欄  (脱帽、正面向、 上半身、6か月以内 に撮影したもの)
(フリガナ) 現 住 所						
電 話 : 左記以外の電話番号 : メールアドレス(アドレスがある場合のみ。)						

学 歴	学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
	現在(最終)		年 月～ 年 月	卒業・卒業見込 在籍・中退
	その前		年 月～ 年 月	卒業・卒業見込 在籍・中退
職 歴  (ある場合 に記入)	勤務先(部署名まで詳しく)	職務内容(役職・業務内容など詳しく)		在職期間
	現在(最終)			年 月～ 年 月
	その前			年 月～ 年 月
	その前			年 月～ 年 月

資 格 免 許	受験資格に必要な資格・免許		その他職務に関連する資格・免許
	資格・免許の種類	取得日	
		年 月 取得済 取得予定	

○あなたが県立病院を志望した理由について記載してください。


○自己PR(今後チャレンジしてみたい仕事など)について記載してください。


# 記入例

## 愛知県職員(医療技術者)採用選考申込書

職 種	臨床検査技師		・記入された個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。		写真添付欄 (脱帽、正面向、上半身、6か月以内に撮影したもの)	
(フリガナ)	〇〇〇〇 × × × ×		生年 月 日	〇〇〇〇年 × 月 △ 日 (来年4月1日の年齢)満 歳		
氏 名	〇〇 × ×		(任 性 意 別)	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
(フリガナ)	〒460-8501 アイチケンコヤシナカクサンノマル、3チヨウメ1バン2ゴウ					
現 住 所	愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号					
電 話			052-954-6314		左記以外の電話番号	090-〇〇〇〇-××××
メールアドレス(アドレスがある場合のみ。)						

学 歴	学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
	現在(最終) △△△△大学	医学部臨床検査学科	2022年 4月～ 2026年 3月	卒業・卒業見込 在籍・中退
	その前 〇〇△△高等学校	普通科	2019年 4月～ 2022年 3月	卒業・卒業見込 在籍・中退
職 歴 (ある場合 に記入)	勤務先(部署名まで詳しく)	職務内容(役職・業務内容など詳しく)		在職期間
	現在(最終)			年 月～ 年 月
	その前			年 月～ 年 月
	その前			年 月～ 年 月

資 格 免 許	受験資格に必要な資格・免許		その他職務に関連する資格・免許
	資格・免許の種類	取得日	
	臨床検査技師免許	2026年 3月 取得済 取得予定	
			細胞検査士等

○あなたが県立病院を志望した理由について記載してください。


必ず記入してください

○自己PR(今後チャレンジしてみたい仕事など)について記載してください。


必ず記入してください