

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。		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)					生年月日	年 月 日 (来年4月1日の年齢)満 歳		(任意別)	□男 □女
氏 名									
(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

自覚している性格		趣 味 ・ 特 技	
----------	--	-----------------	--

○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。	
(フリガナ)	○○○○ × × × ×		生年 月 日	○○○○年 × 月 △ 日 (来年4月1日の年齢) 満 歳
氏 名	○○ × ×		(任意別)	☐ 男 ☒ 女
現 住 所	〒460-8501			
	アイゲンゴヤシナカサンマル 3チョウメイバン2コウ			
	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-○○○○-××××
メールアドレス(アドレスがある場合のみ。)				

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)

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	○○△△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

自覚している性格	粘り強く最後まであきらめずに取り組むことができる。 やや消極的なところがある。 思慮深くない部分がある。	趣 味 ・ 特 技	スポーツ観賞、読書
----------	--	-----------------	-----------

○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