

平成31年度採用石川県立中央病院歯科衛生士選考試験申込書

1 (ふりがな) 氏名	( )
2 性別	( 男・女 )
3 生年月日	昭和・平成 年 月 日生
4 最終(現在)学歴 (学校、学部、学科名)	(平成 年 月 卒業・卒業見込)
5 現住所	郵便番号 —  (電話 — — ) (携帯電話 — — )
6 連絡先 〔現住所と同じ場合は 同上と記入してくだ さい。〕	郵便番号 —  (電話 — — ) (携帯電話 — — )
7 その他希望事項等	

私は、平成31年度採用石川県立中央病院歯科衛生士選考試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は募集案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、また、この申込書及び履歴書のすべての記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名

印

- 記入上の注意
- 1 黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
  - 2 数字は算用数字を用いてください。
  - 3 各種通知は「6 連絡先」へ行います。