

※ 受付年月日

令和2年度中採用石川県職員(保健師・臨床検査技師)選考試験申込書

石川県健康福祉部健康推進課
石川県健康福祉部厚生政策課

ふりがな				4 試験区分	※
1 氏名				保健師/臨床検査技師	
2 性別	男 ・ 女			(○で囲んでください。)	
3 生年月日	昭和・平成	年	月	日生	5 受験地
	金沢市				
6 現住所	〒 (TEL - -) (携帯電話 - -)				
7 合格通知先 (現住所と同じ場合は同上と記入してください。)	〒 (TEL - -)				
8 最終学歴					
学 校	学部(学類)・研究科	学科(コース)・専攻	所在地(市区町村名まで)	修 学 状 況	
			都 道 市 区 府 県 町 村	H 年 月入学	H 年 卒業 卒見込 中 退
9 職 歴 (自家営業を含め、今までの職歴を記入してください。)					
勤務先(部課名まで)	職 務 内 容	所 在 地 (番地まで詳しく)	在職期間 I (平成: H、昭和: S)	在職期間 II	
現在の勤務先			年 月から	年 月	
その前			年 月から 年 月まで	年 月	
その前			年 月から 年 月まで	年 月	
その前			年 月から 年 月まで	年 月	
(注) 在職期間 II の欄には、受験資格に該当する職務経験期間を記入してください。なお、現在在職中の人は、令和2年6月末日現在の見込で期間を記入してください。また、1か月未満の日数がある場合は切り捨てて記入してください。				合計	年 月
10 免許、資格等 (保健師/臨床検査技師免許については、必ず記入してください。その他、運転免許等保有する資格を記入してください)					
名 称	段 級 位 等	取得(見込)年月	発 行 者		
保健師 / 臨床検査技師 (○で囲んでください。)		年 月 取 得	厚生労働大臣		
		年 月 取 得 取得見込			
		年 月 取 得 取得見込			
私は、令和2年度中採用石川県職員(保健師・臨床検査技師)選考試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。					
令和 2 年 月 日			氏 名		(自署のこと)

記入上の注意 1 ※印欄(受付年月日及び受験番号)を除き、黒インクの万年筆又は黒ボールペンで丁寧に記入してください。

2 数字は算用数字を用いてください。

3 合格通知等は、「7 合格通知先」へ行います。