（様式１）

地方独立行政法人栃木県立がんセンター正規職員（無期雇用職員）
[臨床検査技師]（2027年４月採用）
採用試験受験申込書（受付票）

※については記載不要

試験日	2026 年　　月　　日（　　） ※応募書類を受付した後、お知らせします。	受験番号	※
（ふりがな） 氏　名		性別	男・女
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（満　　歳）		
（ふりがな） 現住所	（〒　　－　　） 方（下宿等の場合は必ず記入すること）	電　話 （　　） 携帯電話 （　　） 連絡用メールアドレス	
（ふりがな） 連絡先等 （現住所以外に受験票等の送付を希望する場合などに記入）	（〒　　－　　） 方（下宿等の場合は必ず記入すること）	電　話 （　　） 携帯電話 （　　）	
受験に必要な免許の有無 （申込日時点）	有 ・ 無		
進学希望の有無	有 ・ 無〔有の場合は、希望内容→　　〕		
他病院等の併願の状況	有 ・ 無〔有の場合は、併願先→　　〕		

私は、地方独立行政法人栃木県立がんセンター職員採用試験を受けたいので、申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当しておりません。

① 拘禁刑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者
② 栃木県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過していない者
③ 日本国憲法施行の日以後において、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者

年　　月　　日

氏　名　　印