

(様式1)

地方独立行政法人栃木県立がんセンター職員 採用試験受験申込書(受付票)

受験職種 (受験するものに○)	医師		看護師		薬剤師		診療放射線技師		臨床検査技師	
	臨床工学技士		管理栄養士		遺伝カウンセラー		保健師		理学療法士	
	医療社会事業士MSW		研究員		事務(一般)		事務(システム)		医師事務作業補助	
	診療報酬請求事務		診療情報管理事務							

※については記載不要

試験日	年 月 日 ()		受験番号	※
※応募書類を受付した後、お知らせします。				
(ふりがな) 氏 名			性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)			
(ふりがな) 現住所	(〒 -)		電 話 ()	
			携帯電話 ()	
			連絡用メールアドレス	
	方(下宿等の場合は必ず記入すること)			
(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)	(〒 -)		電 話 ()	
			携帯電話 ()	
	方(下宿等の場合は必ず記入すること)			
(申込時点) 受験に必要な免許の有無 ※新卒者など資格取得前の者は『無』	有 ・ 無			
他病院等の併願の状況	有 ・ 無 [有の場合は、併願先→]			
進学希望の有無 ※『新卒採用』受験者のみ記載	有 ・ 無 [有の場合は、希望内容→]			

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いません。

- ① 成年被後見人又は被保佐人(民法の一部を改正する法律の規定により従前の例によることとされる準禁治産者を含む。)
- ② 禁錮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
- ③ 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
- ④ 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