

受付日付印
※記入しない

令和6年度
山形県病院事業局職員（医療情報）
選考試験 受験申込書

受験番号
※記入しない

※記入要領をよく読んで太枠内に漏れなく記入し、必要な部分を○で囲んでください。

性別	生年月日			氏名			
	年	月	日	カナ		漢字	
1 男性	S						
2 女性	H						
				(氏)	(名)	(氏)	(名)
最終学歴							
学校名				専攻（学部・学科）		期間	
(学校名)				(学部・学科名)		年 月	年 月
現住所（山形県以外の場合、都道府県名から記入）							
郵便番号		住所					
-		E-mail TEL () -					
合格連絡先（現住所と異なる場合のみ記入）							
郵便番号		住所					
-		E-mail TEL () -					

私は、標記試験を受験したいので申し込みます。
なお、私は受験案内に掲げる受験資格を全て満たしております。
また、この申込書の全ての記載事項は真実と相違ありません。

署名欄
令和 年 月 日 署名(自筆)

通信欄（上記に関して補足したいことがある場合や身体的障がい等により受験に関する要望がある場合には記入してください。）

--