

令和6年度千葉市病院局職員採用試験受験申込書

[薬剤師] [臨床検査技師] [診療放射線技師]

[臨床工学技士] [理学療法士] [作業療法士]

記入上の注意

- 1 太枠内の項目について、必要事項を記入し、該当する□欄に✓を付けてください。
- 2 記載事項に虚偽又は不正があることが判明した場合は、合格を取り消します。
- 3 記入にあたってはボールペンを使用し、文字は横書き楷書で、数字は算用数字ではっきりと書いてください。
- 4 記入を訂正する場合は、誤った事項を二本線で消し、その上又は横に記入してください。(訂正印不要)
- 5 書類に不備があり、電話等により連絡がつかない場合は、受付せずに返送します。

私は、千葉市病院局職員採用試験受験案内の記載事項を了承のうえ、同試験を受験したいので申し込みます。また、私は受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和.....年.....月.....日 フリガナ

氏名

.....(姓).....(名).....

※日付および氏名は必ず自署してください。

試験区分	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生	性別	国籍
年齢	()歳 (令和7年4月1日時点)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 日本国籍 <input type="checkbox"/> 外国籍(永住者又は特別永住者に限る。) ⇒国籍を記入()
現住所	〒 -			
	電話(携帯)番号	- -	左記以外の番号 - -	
	Eメール @			
合格通知等の連絡先	〒 - 現住所以外への通知・連絡を希望する場合のみ記入してください。			
	電話番号	- -		
受験する試験区分に必要な資格免許について、□欄に✓をつけ、年月を記入してください。				
試験区分の免許(資格)取得日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 取得/修了(見込)				
<p><電話(携帯)番号欄、Eメール欄について></p> <ul style="list-style-type: none">電話(携帯)番号欄は、日中、確実に連絡がつくものを記入してください。Eメール欄は、<u>管理課からのEメール(jinzai.HOB@city.chiba.lg.jp)</u>を確実に受信できるアドレスを記入してください。 <p><郵送による申込みについて></p> <ul style="list-style-type: none">申込書により受験資格等を審査した後、受験票を郵送しますので、切手(長形3号サイズの場合は84円分)を貼った宛て先明記の返信用封筒を申込書と一緒に郵送してください。なお、返信用封筒が料金不足の場合は、返送されない場合があります。				受付印
				(記入しないこと。)

申込者アンケート 今後の職員採用における募集活動等の参考とするため、アンケートにご協力をお願いします。該当する選択肢の番号に○を付け、記載事項があればご記入ください。**このアンケートの記入内容は、試験の合否には一切関係しません。**

この採用試験について、どちらで知りましたか?(複数回答可)

- 1 千葉市病院局管理課ホームページ
- 2 学校(卒業校)の就職支援部門
- 3 就活サイト(名称:)
- 4 家族・友人・知人等
- 5 その他()