

病院事務職員採用試験受験申込書

フリガナ 氏名		性別 男・女	受験番号※
生年月日	S・H 年 月 日生(令和5年4月1日現在 満 歳)	配偶者 有・無	扶養家族数 人
フリガナ 現住所 (通知先)	〒 TEL ( ) - -	写真を貼ってください (4.0cm×3.5cm) 申請以前6箇月以内の写 真で上半身・無帽・正面 向き	
フリガナ 連絡先 (現住所以外に 連絡を希望する 場合)	〒 TEL ( ) - -		
携帯電話			
E-mail	PC Mobile		

※受験番号は記入しないでください。

学歴 最終学校から順に 記入	学校名/学部学科	在学期間	区分
		年 月から 年 月まで	卒業
		年 月から 年 月まで	卒業・中退
		年 月から 年 月まで	卒業・中退
	中学校	年 月から 年 月まで	卒業

職歴 就学中のアルバイト は含みません (新しい職歴から 順に記入)	勤務先	在籍期間	担当業務
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	

パソコンスキル ※操作できる項 目にチェックを 入れてください。	・Word <input type="checkbox"/> 文書作成 <input type="checkbox"/> 表作成 ・Excel <input type="checkbox"/> データ入力、書式等の各種設定、四則演算 <input type="checkbox"/> 関数を使ったデータ表作成 <input type="checkbox"/> グラフ作成 <input type="checkbox"/> VLOOKUPやIF関数など使用したデータ集計
---	--

資格免許	名称	取得(見込)年月日	区分
	普通自動車免許	年 月	取得・取得見込
		年 月	取得・取得見込
		年 月	取得・取得見込

私は、病院事務職員採用試験を受験したいので本書のとおり申し込みます。  
また、この受験申込書の記載事項に相違ありません。

年 月 日

氏名

印 (必ず署名・押印してください)