

令和 年 月 日

五 戸 町 長 殿

住 所

氏 名

印

受 験 申 込 書

五戸町病院職員の採用試験を受けたいので、関係書類を添えて申込みします。

記

1 希望職種（○をつけてください）

- （１） 薬剤師
- （２） 診療放射線技師
- （３） 認定看護師（認知症看護）
- （４） 臨床検査技師
- （５） 看護師

2 添付書類（○をつけてください）

- （１） 履歴書・身上書
- （２） 資格免許証の写し
- （３） 認定証の写し（認定看護師のみ）