

石川県赤十字血液センター 職員採用試験受験申込書

受付日

受験番号

※こちらは当センターで記入します

フリガナ		写 真 貼 付 欄 3か月以内に撮影した、脱帽正面 向きで背景のない上半身の縦6cm 横4.5cmの写真をその裏面全体に ノリをつけて、はがれないように貼 り付けて下さい。
氏 名		
年 月 日 生 (満 歳)	※性別	
現 住 所	〒 電話	
連絡先(可否) (現住所と同じならば記載不要)	〒 電話	
学 歴		
修 業 期 間		学 校 ・ 学 部 ・ 学 科 名
年 月 ～ 年 月		卒業 中退
年 月 ～ 年 月		卒業 中退
年 月 ～ 年 月		卒業 中退
年 月 ～ 年 月		卒業 中退
年 月 ～ 年 月		卒業 中退
職 歴		
勤 務 期 間		勤 務 先 名 称
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
免許・検定・資格等		
取 得 年 月 日	免 許 ・ 検 定 ・ 資 格 の 内 容	
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
私は、石川県赤十字血液センター職員採用試験を受験したいので、申込みます。 この申込書の全ての記載事項は事実と相違ありません。 年 月 日 氏 名		
(注)氏名は、本人が自署のこと。また、記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。 ※・「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。 ・記入欄が不足する時は、別の用紙に記載し添付してください。		