

令和7年度採用石川県立病院等医療職員選考試験申込書

試験区分（いずれかを○で囲んでください。）

作業療法士、臨床検査技師、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、  
診療放射線技師、臨床工学技士、管理栄養士、診療情報管理士、  
ソーシャルワーカー

1 (ふりがな) 氏名	( )	
2 性別	( 男・女 )	
3 生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
4 最終(現在)学歴 (学校、学部、学科名)	(平成・令和 年 月 卒業・卒業見込)	
5 現住所	郵便番号 —  (電話 — — ) (携帯電話 — — )	
6 連絡先 〔現住所と同じ場合は 同上と記入してくだ さい。〕	郵便番号 —  (電話 — — ) (携帯電話 — — )	
7 勤務を希望する職場	(作業療法士のみ) 中央病院 こころの病院 どちらでも良い  (臨床検査技師のみ) 中央病院 保健環境センター どちらでも良い	(注意) 左記の いずれかを ○で囲んで ください。
8 令和6年度内 採用の希望 〔現に免許・資格を有 する方のみ記入して ください。〕	希望する 希望しない  〔 月から 〕	(注意) 左記のいずれかを○で 囲んでください。 また、希望する場合は 採用希望の月( <u>10月</u> <u>以降</u> )を記入してくだ さい。
9 その他希望事項等		

私は、令和7年度採用石川県立病院等医療職員選考試験を受験したいので  
申し込みます。

なお、私は募集案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、また、  
この申込書及び履歴書のすべての記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

印

- 記入上の注意
- 1 黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
  - 2 数字は算用数字を用いてください。
  - 3 各種通知は「6 連絡先」へ行います。