

# 受 験 申 込 書

令和 年 月 日

岡谷市病院事業管理者 殿

受 験 者

氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
生年月日 昭和・平成 年 月 日生

現 住 所 \_\_\_\_\_

就職後の予定住所 \_\_\_\_\_  
(住所が決まっていない場合は、「未定」)

岡谷市病院事業 障がい者を対象とする 採用試験を受験したいので、関係書類を添えて申し込みいたします。

1 受験希望職種 (アルファベットに○をしてください。)

A 事務員

2 連絡先

TEL — —

ふりがな  
MAIL @

※誤送信を防ぐため“ふりがな”の記入をお願いいたします。