地方独立行政法人岐阜県総合医療センター職員採用試験申込書
（履　　歴　　書）

記入心得
1　記入にあたっては、インク（ボールペン可）で丁寧に記入し、□の中には該当するものに✓印をつけてください。印の箇所は、すべて押印してください。
2　数字はすべて算用数字を用いてください。
3　現住所は地番まで詳しく記入してください。
4　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。

写　真
（縦30～40mm
×横24～30mm）

写真は申込前６月以内に帽子をつけないで、上半身正面向きを撮ったもので本人と確認できるものが必要です。

撮影年月日
令和　　年　月　日

1－1　試験区分

臨床検査技師

（病院等職務経験者：短大３卒程度）

1－2　担当
（勤務実績のある（勤務を希望する）担当にチェック　※複数可）

□　検体検査　　□　生理検査　　□　超音波検査

2　氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

旧姓　（　　）

3　生年月日・年齢

昭和
平成　　年　　月　　日生　満　　歳

性別　□男　□女

（令和　　年　　月　　日現在）

4　現住所（ﾌﾘｶﾞﾅ）

〒

電話　＜　　＞　　－
携帯　＜　　＞　　－

6　学　歴　最終学歴から高等学校まで順に書いてください。所在地は町村まで書いてください。

学校名	類別	学部科別	所在地	在学期間	○でかこむ
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 年在　年中退
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 年在　年中退
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 年在　年中退
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 年在　年中退
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 年在　年中退

7　次の質問に該当する、しないを答えてください。

イ　成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）　□該当する　□該当しない

ロ　禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者　□該当する　□該当しない

ハ　岐阜県が設立する一般地方独立行政法人の職員として懲戒解雇の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない者　□該当する　□該当しない

ニ　日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者　□該当する　□該当しない

8　特殊技能、検定資格免許その他特殊な技能を有する人は、その名称および取得年月日を書いてください（有資格者の場合は応募職種の免許含む）。

免許種類	取得年月日
	・　・
	・　・
	・　・
	・　・
	・　・

職　　歴

元　号	年	月	日	事　　項	発令庁、その他

以上のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏　　名　　印