

令和6年度採用石川県立中央病院診療情報管理士選考試験申込書

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 年 月 卒業・卒業見込)	
5 日本国籍の有無	有 ・ 無	
6 現住所	郵便番号 —	(電話 — — ) (携帯電話 — — )
7 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 — — )
8 令和5年度内 採用の希望 〔現に資格を有する方 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(10月 以降)を記入してくだ さい。
9 その他希望事項等		

私は、令和6年度採用石川県立中央病院診療情報管理士選考試験を受験したので申し込みます。

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「7 連絡先」へ行います。