

令和7年度採用 石川県立中央病院視能訓練士選考試験申込書

1 氏名	(ふりがな) _____ (_____)
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 令和6年度内 採用の希望 (現に視能訓練士資格 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 (令和7年1月以降) を記入してください。
8 その他希望事項等	

私は、令和7年度採用石川県立中央病院視能訓練士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」へ行きます。