

令和8年度 鹿児島市立病院職員採用試験（臨床検査技師）受験申込書

職 種	臨床検査技師（臨床検査部門）		受験番号 ※ 番	
ふりがな			写 真 欄 写真は、申込み前1 か月以内のもの（上 半身脱帽正面向きタ テ4cm、ヨコ3cm）で 本人と確認ができる 必要があります	
氏 名				
生年月日			年 齢	満 歳
メール アドレス	（※必須）【アルファベットと数字とが判別できるよう、フリガナをつけてください。】			
現 住 所 連 絡 先	（〒 ）（電話 ）			
そ の 他 連 絡 先	（〒 ）（電話 ）		あなたとの関係（自宅・下宿など）	
学 歴	学 校 名	学部・学科	在 学 期 間	
職 歴	勤 務 先	職 務 内 容	在 職 期 間	
（障害のある方は記入してください。）障害の種類及び級・程度：				

※ 裏面もあります。

資格免許	資格免許、検定資格又は特殊な資格等を有する場合は記入してください。 なお、免許等を有する職種については、その写しを添付してください。	
名 称	取得年月日	資格・免許等の取扱官公庁又は団体

私は、鹿児島市立病院職員採用試験の受験申込みをしますが、次の各号のどれにも該当していません。

(1) 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでの者、又はその執行を受けることがなくなるまでの者

(2) 鹿児島市職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過していない者

(3) 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

記載事項のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

(自筆)