

静岡市立清水病院用

令和3年度静岡市職員（診療情報管理士）採用選考受験申込書

【注】

記入にあたっては黒インクまたは黒ボールペンを用い、正確に書いてください。
 該当のない事項は「なし」と記入し、< >内については該当する項目を○印で
囲んでください。

虚偽の記載をすると、採用される資格を失うことがあります。

※印は記入不要

写真貼付(ライカ
 版) 2.5cm ×
 3.5cm 正面・上
 半身・脱帽で提
 出日前3か月以
 内に撮影のもの

※受験番号	受験職種 <div style="text-align: center;">< 診療情報管理士 ></div>		
(フリガナ) 氏名		平成 年 月 日 生 (歳)	
学歴 (高校以上の学歴を順次記入)	高 校	科	H 年 月 入学 H 年 月 卒業
	<短大・高専 専門学校>	科	H 年 月 入学 H・R 年 月 卒・卒見込
	大 学	学 部	学 科
住 所	現住所		〒 TEL
	合格通知等の送付先（上記と同じ場合は記入不要）		〒 TEL
	E-mail:		TEL (緊急時)
	勤務先、職務内容、期間等		
職 歴 アルバイト	勤務先、職務内容、期間等		
資格・免許 (卒業時取得見込みのものを含む)	資格等の名称、種類、取得年月日 診療情報管理士資格免許 年 月 日 (取得 ・ 取得見込み) その他の資格等		
	運転免許<原付・普通・その他 () >		

