

社会福祉法人 かがわ総合リハビリテーション事業団 令和8年度採用職員試験申込用紙

年度	試験区分					氏名				※受験番号	
08	臨床検査技師					フリガナ					
						漢字					
生年月日	昭和 平成	年	月	日	※性別	※「性別」欄：記載は任意です。					
メールアドレス											
現住所 (下宿先等：アパートの室番号、何々方等まで詳しく記入してください。)										合格通知送付先 (いずれかにレ印) <input type="checkbox"/> 現住所に送付希望	
〒 - 都道府県 Tel 自宅 ( ) - 携帯 ( ) -											
連絡先 (現住所と異なる場合のみ記入してください。)										<input type="checkbox"/> 連絡先に送付希望	
〒 - 都道府県 Tel 自宅 ( ) -											
学歴……現在又は最終の学歴とその前一つ(専修学校を含む。)を記入してください。											
学校名	学部・学科名				在学期間				卒業・卒業見込等の別		
現在又は最終					元号	年	月	から	<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 在学中( 学年) <input type="checkbox"/> 中退( 学年)		
その前					元号	年	月	から	<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退( 学年)		
(注意) 1 この欄には必ず申込日を記入し、自筆で署名してください。(押印は不要です。) 2 申込書の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。 <b>私は、採用職員募集案内に掲げてある、この試験に必要な受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載した事項は事実と相違ありません。</b> 令和 年 月 日 氏名(自筆)											

(記入心得)

- ※印欄を除くすべての欄にもれなく記入してください。
- 記入にはすべて黒か青のインク又はボールペンをうい、かい書でていねいに書いてください。
- 数字は算用数字を用い、該当する口の中にレ印をつけてください。

※係員印	※受付年月日 令和 年 月 日	※受付番号
------	--------------------	-------

※ 切り取らないでください

社会福祉法人かがわ総合リハビリテーション事業団 令和8年度採用職員試験受験票

※受付番号
-------

試験区分 臨床検査技師	※性別
氏名	
※受験番号	※「性別」欄：記載は任意

写真欄
1 最近6か月以内に撮影したもの (上半身・脱帽・正面向き・縦4cm 横3cmで本人と確認できるもの) を貼付してください。 2 第1次試験の当日、写真のない場 合は受験できません。 3 はがれることがありますので、写 真の裏に氏名を記入しておいてく ださい。

(受験心得)

- 当日は本票を持参してください。
- 携帯電話・PHS等は、試験室に入る前に電源を切ってください。

【試験日】 個別案内

【問合せ先】 〒761-8057

香川県高松市田村町1114番地  
 社会福祉法人かがわ総合リハビリテーション事業団  
 事務部 総務課 堀家  
 電話(087)867-6008

(令和 年 月撮影)