

平成 年 月 日

## 受 験 申 込 書

長野赤十字病院 様

- 1 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
〒 \_\_\_\_\_
- 2 住 所 \_\_\_\_\_ (Tel) \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_
- 3 連 絡 先 \_\_\_\_\_ (Tel) \_\_\_\_\_
- 4 希 望 職 種 \_\_\_\_\_

(注) 2の住所に受験票を送付します。

私は、貴院の臨時職員採用選考を受験したく申し込みします。

|       |       |  |
|-------|-------|--|
| 人事課受付 | 持参・郵送 |  |
|-------|-------|--|