

令和 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 令和 年 月 日 開催の採用選考を受験したく  
申し込みします。

※下記の欄は病院にて記載いたします。

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