

ふりがな 氏 名	職 種 医師事務作業補助員	写 真 裏面に氏名と生年月日を記入した写真 をここにはってください。写真は申込み 前3か月以内に写したもので、上半身、 脱帽、正面向で本人と確認できるもの。 (縦3. 5cm、横3cm程度)	
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (才 [R8. 4. 1 現在の年齢])	業 務 医師事務作業補助業務		
ふりがな 〒 - 現 住 所 TEL (携帯を含む。) - -			
ふりがな 〒 - 緊急連絡先 TEL (携帯を含む。) - -			
学歴 (最終学歴から新しい順に記入すること (中学校以前は記入不要))			
期 間	学校・学科名等	所在市町村名	卒業・卒見・在学中・中退等の別
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

右の部分を切り取り、はがれないよう郵便はがきに貼付し、申込書(両面)とともに提出してください。



令和8年度任用
熊本県病院局会計年度任用職員採用試験
(医師事務作業補助員) 受験票

受験番号※ (記入不要)
氏名

試験の 令和8年1月29日(木)
日 時 午前9時00分(着席)

試験の 熊本県立こころの医療センター
場 所 (熊本市南区富合町平原 391)
(試験室) 管理・サービス棟2階会議室
※ 自家用車で来場の場合は、施設の外来
用駐車場をご利用ください。

[注意: 受験の際に持参するものについて]
・受験票、筆記用具(鉛筆・消しゴム等)
・時計は、計時機能だけのものに限ります。

職歴（最終職歴から新しい順に記入すること）		
期 間	勤務先の名称、業種、職種等	所在市町村名
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		

免 許 ・ 資 格 等	
名 称（種 別）	取得年月
	年 月
	年 月
	年 月

私は、試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、この申込書のすべての記載事実に相違ありません。

令和 年 月 日 申込者氏名 （自筆）_____