**茨城県病院局職員採用選考試験申込書**

【診療情報管理士】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 試　験　日 | 令和５年３月５日（日） | | |
| （ふりがな）  氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 生年月日 | 昭　和  　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　才）  　　平　成 | | |
| 在学又は  最終学校名 | 昭和・平成・令和　　年　　月　卒業・卒業見込 | | |
| 資格免許  取得の有無 | 資格の  名称 | 診療情報  管理士 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日取得・取得見込 |

●　参考までに,本採用選考試験をお知りになったきっかけに○を付けてください。（複数回答可）

１．知人からの紹介　　　　　　　　２．県・各病院のホームページを見て

３．新聞折り込みを見て　　　　　　４．学校からの紹介

５．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）