**様式Ⓐ**

採用試験申込書

　　　　　２０２０年　　月　　日

公益財団法人　笹川保健財団　行

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（フリガナ） |  |
| メールアドレス |  |
| 電話番号 |  |
| 住　　所  ※試験結果郵送先 | 〒 |

　　　　　　採用試験の受験を希望しますので、申込みします。