

平成 年度 任期付職員採用試験 申込書

職 種		※受験番号		氏名(上段:ふりがな)	
視能訓練士 (短大卒業程度)					
生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生	性別
	<input type="checkbox"/> 平成	申込日現在で満 歳			
現住所	郵便番号	—	電話番号	—	国籍
	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 日本以外				
書類等 送付先	郵便番号	—	電話番号	—	
免許・資格					
名 称			取得(予定)年月		
			年	月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
			年	月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
			年	月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
			年	月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
学 歴					
学校名	学部	学科・専攻	所在地 市町村名	在学期間	卒・在学 等区分
(最終)				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・卒業見込 — 年在学 — 年中退
(その前)				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・卒業見込 — 年在学 — 年中退
(その前)				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・卒業見込 — 年在学 — 年中退

※「受験番号欄」は記入しないでください。

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。また、この申込書に記載した事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏名(自筆)

写 真 票

写真貼付 3ヶ月以内に撮影されたもので、帽子を着用せず、上半身正面向きで本人と確認できるもの。 サイズは、たて4cm×よこ3cm程度とします。	職 種			
	視能訓練士 (短大卒業程度)			
	※受験番号			
	氏 名			
面接票	履歴書	作文	面接	

平成 年度 任期付職員採用試験
受 験 票

職 種	視能訓練士 (短大卒業程度)
※受験番号	
氏 名	
【注意事項】	
日 時	選考試験の日時(日程)は、この受験票と共に別紙で通知します。
会 場	熊本県球磨郡多良木町大字多良木4210 球磨郡公立多良木病院
持参品	受験票・筆記用具(HBの鉛筆、消しゴム)
駐車場	球磨郡公立多良木病院敷地内駐車場に駐車してください。

【お問い合わせ先】 総務課 TEL 0966-42-2560