

令和 7 年度 (第4回)

## 職員採用試験 申込書

職種	※受験番号		氏名(上段:ふりがな)				
理学療法士 (資格免許職)							
生年 月日	□昭和 年 月 日生			性別	□男	国籍	□日本
	□平成 年 月 日生				□女		□日本以外
令和 8 年 4 月 1 日現在で満 歳							
現住所	郵便番号	—	電話番号	— —			
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・令 年 月 から	卒・卒業見込 年在学 年中退		
(その前)				昭・平・令 年 月 まで	卒・卒業見込 年在学 年中退		
(その前)				昭・平・令 年 月 から	卒・卒業見込 年在学 年中退		
				昭・平・令 年 月 まで	卒・卒業見込 年在学 年中退		

&lt;注意:「受験番号欄」等、※の箇所は記入しないでください。&gt;

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。

令和 年 月 日

氏名 (自筆)

## 写真票

職種	写真貼付		
理学療法士 (資格免許職)	6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。		
※受験番号			
氏名			
※教養	※適性	※作文	※専門

令和 7 年度 (第4回) 職員採用試験  
受験票

職種	理学療法士 (資格免許職)
※受験番号	
氏名	

## 【試験の注意事項】

- 日 時 令和8年2月15日(日)  
午後1時頃 予定(集合・着席)
- 会 場 球磨郡公立多良木病院 講堂  
(熊本県球磨郡多良木町多良木4210番地)
- 持 参 品 受験票・筆記用具(HBの鉛筆又シャープペンシル、消しゴム)
- 駐 車 場 球磨郡公立多良木病院第2駐車場を利用下さい。

【お問い合わせ先】球磨郡公立多良木病院企業団 総務課  
総務課 TEL 0966-42-2560