

職 種		※受験番号		氏名(上段:ふりがな)	
作業療法士 (資格免許職)					
生年 月日	☐ 昭和 年 月 日生			性別	☐ 男 ☐ 女
	☐ 平成 年 月 日生				
	☐ 令和 年 月 日生				
令和8年4月1日現在で満 歳		国籍		☐ 日本 ☐ 日本以外	
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	☐ 取得 ☐ 取得見込	
			年 月	☐ 取得 ☐ 取得見込	
			年 月	☐ 取得 ☐ 取得見込	
			年 月	☐ 取得 ☐ 取得見込	
			年 月	☐ 取得 ☐ 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 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 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 昭・平・令 年 月まで	卒・卒業見込 — 年在学 — 年中退

<注意:「受験番号欄」等、※の箇所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。

令和 年 月 日

氏名 (自筆)

写真貼付 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。	職 種
	作業療法士 (資格免許職)
	※受験番号
	氏 名
	※教養
	※適性
	※作文
	※専門

職 種	作業療法士 (資格免許職)
※受験番号	
氏 名	
【試験の注意事項】	
日 時	令和7年6月1日(日) 午後1時(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