

職員採用試験 申込書

職 種		※受験番号		氏名(上段:ふりがな)		
言語聴覚士 (資格免許職)						
生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍	<input type="checkbox"/> 日本
	<input type="checkbox"/> 平成					<input type="checkbox"/> 日本以外
		令和9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	
(その前)				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 票

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			
	言語聴覚士 (資格免許職)			
	※受験番号			
	氏 名			
※教養	※適性	※作文	※専門	
/	/		/	

令和 8 年度 (第1回) 職員採用試験  
受 験 票

職 種	言語聴覚士 (資格免許職)
※受験番号	
氏 名	
【試験の注意事項】  日 時 令和8年6月10日(水) 午前10時50分(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