

職員採用試験 申込書

| | | | | | |
|------------------|-----------------------------|----------------|-------------|-------------------------------|-----------------|
| 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 | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日生 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | 国籍 |
| | <input type="checkbox"/> 平成 | | | <input type="checkbox"/> 女 | |
| | <input type="checkbox"/> 令和 | 令和9年4月1日現在で満 歳 | | <input type="checkbox"/> 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 | <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 |
| | | | | 昭・平・令 年 月まで | — 年中退 |
| (その前) | | | | 昭・平・令 年 月から | 卒・卒業見込 — 年在学 |
| | | | | 昭・平・令 年 月まで | — 年中退 |
| (その前) | | | | 昭・平・令 年 月から | 卒・卒業見込 — 年在学 |
| | | | | 昭・平・令 年 月まで | — 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 | | | |
| | 作業療法士 (資格免許職) | | | |
| | ※受験番号 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | | | | |
| ※教養 | ※適性 | ※作文 | ※専門 | |
| / | / | | / | |

受 験 票

| | |
|-----------|--|
| 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