

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	☐ 昭和 年 月 日生			性 別	☐ 男 ☐ 女	
	☐ 平成					
	☐ 令和					
		令和9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			
	言語聴覚士 (資格免許職)			
	※受験番号			
	氏 名			
	※教養	※適性	※作文	※専門

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9月9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