

職員採用試験申込書

通年

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 ☐ 平成 ☐ 令和			性別	☐ 男 ☐ 女
	年 月 日生				
	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	☐ 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

※「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

職員採用試験申込書

受 験 票

通年

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	試験の日時は個別に連絡させていただきます
会 場	球磨郡公立多良木病院 (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。
※面接試験の際、受験票を提示してください。	

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