

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	<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
	<input type="checkbox"/> 令和			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		
				昭・平・令 年 月まで				
(その前)				昭・平・令 年 月から		卒・卒業見込 ____ 年在学 ____ 年中退		
				昭・平・令 年 月まで				
(その前)				昭・平・令 年 月から		卒・卒業見込 ____ 年在学 ____ 年中退		
				昭・平・令 年 月まで				

※「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