

令和3年度 長崎県五島中央病院職員採用試験受験申込書

受験番号 ※		試験職種	作業療法士		採用条件(どちらかに○をしてください) 1. 令和4年4月1日採用 2. 中途採用(希望採用日を記載すること) 希望採用日: 令和 年 月 日	写真欄
ふりがな						※写真は申込前6ヶ月以内に撮影したもので、上半身(正面向き)を写した縦4.0cm横3.0cm程度の本人と確認できるものがが必要です。 写真は申込みの際に必ず貼ってください。
氏名			性別	生年月日 平成 年 月 日生 (令和4年4月1日現在 満 歳)		
〒 _____ 現住所 _____ (_____ 様方)						<p style="text-align: center;">記入心得</p> <p>4 3 2 1</p> <p>記載事項に不正があつた場合は、採用される資格を失うことがあります。</p> <p>□は該当するものをチェックしてください。</p> <p>インクまたはボールペンで丁寧に漏れがないように楷書で記入してください。</p> <p>※欄は記入しないでください。</p>
電話番号 _____				携帯番号 _____		
(上記住所と異なる場合のみ記入してください。)						
〒 _____ 合格通知書送付先 _____ (_____ 様方)						
電話番号 _____				携帯番号 _____		
学歴 (中学校以上を記入)	学校名	学部・学科名	在学期間		修学区分	
			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退		
			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退		
			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退		
			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退		
職歴	勤務先の名称	職種等	職務内容		在職期間	
					自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)	
					自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)	
					自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)	
					自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)	
資格・免許	免許・資格の種類		取得年月日			
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込		
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込		
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込		
志望動機、自己PRなど					特技・趣味、好きな学科、スポーツ・文化活動等	
扶養家族数(配偶者を除く) _____ 人			配偶者 有 ・ 無		配偶者の扶養義務(配偶者有の場合) 有 ・ 無	
私は、上記の採用試験を受験したいので申込みます。 なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 氏名(自署) 印 </div>						受付印 ※