

令和6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	言語聴覚士			写真欄
ふりがな			性別	生年月日		※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			男・女	昭和・平成 年 月 日生 (令和7年4月1日現在 満 歳)		
〒 ー ー ー ー ー ー 現住所				(様方)		記入心得 4 3 2 1 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。 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。 □は該当するものをチェックしてください。 ※欄は記入しないでください。
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。)						
〒 ー ー ー ー ー ー 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 月 至 平・令 年 年 月 月(在職中・退職)	
					自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 年 月 月(在職中・退職)	
					自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 年 月 月(在職中・退職)	
					自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 年 月 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 氏名(自署)					受付印 ※	
					印	