令和8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

※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必要です。

写真は申込みの際に必ず貼ってください。

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	昭和・平成　年　月　日生 （令和9年4月1日現在　満　歳）

〒　－

現住所

（　様方）

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

	学校名	学部・学科名	在学期間	修学区分
学歴（中学校以上を記入）			自 平・令　年　月 至 平・令　年　月	□ 卒業 □ 卒業見込 □ 中退
			自 平・令　年　月 至 平・令　年　月	□ 卒業 □ 卒業見込 □ 中退
			自 平・令　年　月 至 平・令　年　月	□ 卒業 □ 卒業見込 □ 中退
			自 平・令　年　月 至 平・令　年　月	□ 卒業 □ 卒業見込 □ 中退

	勤務先の名称	職種等	職務内容	在職期間
職歴				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）
				自 平・令　年　月 至 平・令　年　月（在職中・退職）

	免許・資格の種類	取得年月日	
資格・免許		平・令　年　月　日	□ 取得　□ 取得見込
		平・令　年　月　日	□ 取得　□ 取得見込
		平・令　年　月　日	□ 取得　□ 取得見込
		平・令　年　月　日	□ 取得　□ 取得見込

記入心得

1　※欄は記入しないでください。

2　□は該当するものをチェックしてください。

3　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。

4　記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。

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、事実に相違ありません。

令和　年　月　日

氏名（自署）　印

受付印

※