令和7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	理学療法士	

ふりがな		性 別	生年月日
氏　名		男・女	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日 生 （ 令和8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 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

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）
				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	□ 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

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。

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

※