

平成30年度 長崎県対馬病院職員採用試験受験申込書

※欄は記入しないで下さい。  
長崎県対馬病院

試験職種	精神保健福祉士		受験番号	※		写真欄
ふりがな					性別	無帽で正面から上半身を撮影したもの（過去3ヶ月以内に撮影した縦4cm×横3cmのもの。白黒・カラーの別は問いません）
氏名					男・女	
生年月日	平成	・	昭和	年	月	
現住所	〒 -					( 様方)
電話番号			携帯電話			
合格通知書送付先	(上記住所と異なる場合のみ記入して下さい。) 〒 -					( 様方)
電話番号			FAX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
	(最終)			自 平・昭 年 月	至 平・昭 年 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退
	(その前)			自 平・昭 年 月	至 平・昭 年 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退
	(その前)			自 平・昭 年 月	至 平・昭 年 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退
	(その前)			自 平・昭 年 月	至 平・昭 年 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退
職 歴	勤 務 先 の 名 称	職 種 等		職 務 内 容		在 職 期 間
	(現在または最終)					自 平・昭 年 月 自 平・昭 年 月 ( 在職中 ・ 退職見込 )
	(その前)					自 平・昭 年 月 至 平・昭 年 月
	(その前)					自 平・昭 年 月 至 平・昭 年 月
	(その前)					自 平・昭 年 月 至 平・昭 年 月
	(その前)					自 平・昭 年 月 至 平・昭 年 月
	(その前)					自 平・昭 年 月 至 平・昭 年 月
	(その前)					自 平・昭 年 月 至 平・昭 年 月
精神保健福祉士の資格取得年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日 取得				
その他の免許・資格	免 許 ・ 資 格 の 種 類					取 得 年 月 日
						平 ・ 昭 年 月 日
						平 ・ 昭 年 月 日
						平 ・ 昭 年 月 日
						平 ・ 昭 年 月 日

志 望 動 機	
自 己 P R	
趣 味	
特 技	
健 康 状 態	
<p>私は、上記の採用試験を受験したいので申し込みます。          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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>氏名（自署） _____ (印)</p>	<p>受 付 印</p>

申込書記入上の注意

- 1 口は該当するものをチェックして下さい。
- 2 インクまたはボールペンで、丁寧に漏れがないよう楷書で記入して下さい。
- 3 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。