

# 令和2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	理学療法士		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	年	月	日生	（令和3年4月1日現在 満 歳）	
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 至	年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退
	（その前）		自 至	年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退
	（その前）		自 至	年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退
	（その前）		自 至	年 月 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 年 月 自 年 月 （ 在職中 ・ 退職見込 ）
	（その前）				自 年 月 至 年 月
	（その前）				自 年 月 至 年 月
	（その前）				自 年 月 至 年 月
	（その前）				自 年 月 至 年 月
	（その前）				自 年 月 至 年 月
	（その前）				自 年 月 至 年 月
申込職種の資格取得年月日		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
					年 月 日
					年 月 日
					年 月 日
					年 月 日

志 望 動 機	
自 己 P R	
趣 味	
特 技	
健 康 状 態	
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。	受 付 印
令和 年 月 日 氏名（自署） _____ (印)	

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。