職　員　採　用　試　験　申　込　書

(フリガナ) 1. 氏　名	2. 生年月日 年　月　日	3. 性 別	4. 試 験 区 分 歯科衛生士	＊申込市町村名 公立甲賀病院組合	＊ 受 験 番 号

5. 現 住 所

（　　方）

郵 便 番 号 〒　　—	電 話 番 号 —　　—	緊急時連絡先 （または携帯電話番号）　　方 —　　—

6. 試 験 結 果 通 知 の 送 付 先 （ 現 住 所 と 異 な る 場 合 の み 記 入 ）

〒

電 話 番 号　　—　　—

7. 免 許 ・資 格 ・検 定 ・特 技　　＊ 免許等取得年次（見込み）もご記入ください。

8. 誓　約

私は、職員採用試験を受験したいので、次のとおり誓約のうえ本書をもって申し込みます。

（1） 私は、職員採用試験公告に定められた受験資格を有する者に相違ありません。

（2） 私は、職員採用試験公告に定められた受験できない者に該当いたしません。

（3） この申込書の記載事項は事実に相違ありません。

平成　　年　　月　　日

氏　名　　印

＊ 受 付 印

＊ 必ず氏名を記入し、印鑑を押して下さい。

きりはなしてはいけません

係印

受　験　票

1. 試 験 区 分 歯科衛生士	＊申込市町村名 公立甲賀病院組合	＊ 受 験 番 号

(フリガナ)

1. 氏　名

＊ 受 付 印

（写 真 欄）

1. 写真は申込の際に貼って下さい。

（サイズ５ × ４ cm）

3. 写真は最近6ヶ月以内に撮影の脱帽、正面向き、上身のもので ノリを全面につけて貼って下さい。

4. 試験当日この欄に写真を貼ってない場合、受験できなくなることがあります。

平成　　年　　月 撮影

＊ 試 験 日 時

平成30年8月1日（水）　13時00分から受付

13時20分から開始

＊ 試 験 会 場　　公 立 甲 賀 病 院

〒528-0074　滋賀県甲賀市水口町松尾1256

（ TEL 0748-62-0234 ）