

職 員 採 用 試 験 申 込 書

(フリガナ) 氏 名		生年月日 年 月 日	性 別	試 験 区 分 言語聴覚士	* 病院名 公立甲賀病院	* 受 験 番 号
現 住 所 〒 ー (方)						
		電 話 番 号 ー ー	緊急時連絡先 (または携帯電話番号) 方 ー ー			
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 ー ー		
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) この申込書及び履歴書の記載事項は事実と相違ありません。 令和 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。

受 験 票

試 験 区 分 言語聴覚士	* 病院名 公立甲賀病院	* 受 験 番 号
(フリガナ) 氏 名		

* 受 付 印	(写 真 添 付 欄) サイズ 縦36～40mm 横24～36mm 申込6ヶ月以内の脱帽、正面向き、 上身 試験当日この欄に写真を貼っていない 場合、受験できなくなることがあります
---------	--

年 月 撮影

* 試 験 日 時 令和8年9月4日(金) 12時30分集合	
* 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)

担
当
職
員

印