

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 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 ※該当に <input checked="" type="checkbox"/>	* 病院名 公立甲賀病院	* 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) 〒					
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。 電話番号 — —					
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と相違ありません。 令和 年 月 日 氏名					* 受付印

* 必ず氏名を記入し、印鑑を押して下さい。

受験票

1. 試験区分 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 ※該当に <input checked="" type="checkbox"/>	* 病院名 公立甲賀病院	* 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5×4cm) 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いない場合、受験できなくなる場合があります。 年 月 撮影	
* 試験日時 令和5年12月4日(月) 13時00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)		

きり
は
な
し
て
は
い
け
ま
せ
ん

係
員
印