

職 員 採 用 試 験 申 込 書

|                                                                                                                                                                                              |  |                |                             |                  |                 |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|-----------------------------|------------------|-----------------|-----------|
| (フリガナ)<br>氏 名                                                                                                                                                                                |  | 生年月日<br>年 月 日  | 性 別                         | 試 験 区 分<br>社会福祉士 | * 病院名<br>公立甲賀病院 | * 受 験 番 号 |
| 現 住 所<br>〒 ー ( 方)                                                                                                                                                                            |  |                |                             |                  |                 |           |
|                                                                                                                                                                                              |  | 電 話 番 号<br>ー ー | 緊急時連絡先 (または携帯電話番号) 方<br>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 )<br>〒                                                                                                                                       |  |                |                             |                  |                 |           |
|                                                                                                                                                                                              |  |                |                             | 電 話 番 号 ー ー      |                 |           |
|                                                                                                                                                                                              |  |                |                             |                  |                 |           |
| 誓 約<br>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。<br>(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。<br>(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。<br>(3) この申込書及び履歴書の記載事項は事実相違ありません。<br>令和 年 月 日<br>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<br>社会福祉士 | * 病院名<br>公立甲賀病院 | * 受 験 番 号 |
| (フリガナ)<br>氏 名    |                 |           |

|         |                                                                                                                        |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| * 受 付 印 | ( 写 真 添 付 欄 )<br>サイズ 縦36～40mm<br>横24～36mm<br><br>申込6ヶ月以内の脱帽、正面向き、<br>上身<br><br>試験当日この欄に写真を貼っていない<br>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<br>令和8年9月10日(木) 13時00分 開始 |                                                                  |
| * 試 験 会 場                           | 公 立 甲 賀 病 院<br>〒528-0074 滋賀県甲賀市水口町松尾1256<br>( TEL 0748-62-0234 ) |

担当職員  
印