

# 令和6年度 長崎県五島中央病院職員採用試験受験申込書

受験番号 ※	試験職種	言語聴覚士	写真欄	
ふりがな		性別	※写真は申込前6ヶ月以内に撮影したもので、上半身(正面向き)を写した縦4.0cm横3.0cm程度の本人と確認できるものがが必要です。	
氏名		男・女	写真は申込みの際に必ず貼ってください。	
〒		生年月日	記入心得	
現住所		昭和・平成 年 月 日生 (令和7年4月1日現在 満 歳)	4	1
電話番号			3	※欄は記入しないでください。
(上記住所と異なる場合のみ記入してください。)			2	□は該当するものをチェックしてください。
合格通知書送付先			1	インクまたはボールペンで丁寧に漏れがないように楷書で記入してください。
電話番号			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。	
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
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
職歴	勤務先の名称	職種等	職務内容	在職期間
				自平・令 年 月 至平・令 年 月(在職中・退職)
				自平・令 年 月 至平・令 年 月(在職中・退職)
				自平・令 年 月 至平・令 年 月(在職中・退職)
				自平・令 年 月 至平・令 年 月(在職中・退職)
資格・免許	免許・資格の種類	取得年月日		
		平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得	<input type="checkbox"/> 取得見込
		平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得	<input type="checkbox"/> 取得見込
		平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得	<input type="checkbox"/> 取得見込
志望動機、自己PRなど			特技・趣味、好きな学科、スポーツ・文化活動等	
扶養家族数(配偶者を除く) 人	配偶者 有・無	配偶者の扶養義務(配偶者有の場合) 有・無		
私は、上記の採用試験を受験したいので申込みます。 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	