

地方独立行政法人長崎市立病院機構職員採用試験申込書

試験職種 視能訓練士	受験番号 ※	写真を貼る位置 (1) 写真は申込前6ヶ月以内に写した上半身脱帽正面のものを貼ってください。 (2) 写真の大きさは横4cm、縦6cmくらい。
ふりがな	生年月日	
氏名	昭和・平成 年 月 日	
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 満 歳 (申込年度末時点)	

- ・性別は、いずれかにをつけてください。
- ・受験番号の欄には、記入しないでください。

現住所 〒 -	電話 () - 携帯 () -			
合格通知 〒 - の送付先	電話 () -			
E-mail アドレス (携帯電話等でも可ですが、できるだけパソコンをお願いします。)				
学 歴	学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
	最終 (又は現在)		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	最終前		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	最終前々		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
職 歴	勤務先	職種・職務内容	在職期間	
	現在 (又は最終)		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
	最終前		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
	最終前々		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
	その前		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
	その前		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	

- ・学歴欄の修学区分は、該当するいずれかにをつけてください。
- ・内定通知は郵送しますので、郵送先が現住所と異なる場合は、内定通知の送付先を記入してください。

免許・資格	希望職種 of 免許取得年月日	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得
			<input type="checkbox"/> 取得見込み
	免許・資格の種類		取得年月日
			昭・平 年 月 日
			昭・平 年 月 日
志望動機			
趣味・特技			
自己PR			

・希望職種の免許取得年月日については、取得、取得見込みのいずれかに☑をつけてください。取得見込みの場合、日付けの記入は不要です。

私は、地方独立行政法人長崎市立病院機構職員採用試験の受験を申し込みます。
 なお、私は次の各号（(1)～(4)）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に相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名
(自署)

- (1) 成年被後見人又は被保佐人
- (2) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- (3) 地方独立行政法人長崎市立病院機構職員として懲戒解雇の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- (4) 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

・記載事項に虚偽がある場合は、内定を取り消すことがあります。