

大田市立病院職員採用試験申込書

※試験区分 作業療法士 ・ 言語聴覚士		※受験番号		写真貼付 1. 写真は2カ月以内に撮影したもの 2. 写真サイズ (縦4.0cm×横3.0cm)	
① ふりがな 氏名				②性別	
③ 生年月日	平成	年	月	日	
④受験票・試験結果通知送付先住所(寮・アパート名等を明確に記入)					
〒		電話番号 ()		— ()方呼出	
ふりがな					
都道府県		市郡		区町村 番地	
ふりがな アパート名等					
⑤現住所(④の送付先住所と異なる場合のみ記入。⑤と同じ場合は記入不要)					
〒		電話番号 ()		— ()方呼出	
ふりがな					
都道府県		市郡		区町村 番地	
ふりがな アパート名等					
⑥学歴(中学校入学以降の期間を記入)					
在学期間			学校名・学部学科名等		
年 月 ~ 年 月					
年 月 ~ 年 月					
年 月 ~ 年 月					
年 月 ~ 年 月					
⑦職歴(職歴がある場合のみ記入)					
在職期間			会社名等		従事内容
年 月 ~ 年 月					
年 月 ~ 年 月					
年 月 ~ 年 月					
年 月 ~ 年 月					
⑧資格・免許(受験資格の要件とされている免許・資格のみ記入)					
資格等の名称			取得(見込)年月日		
			平成	令和	年 月 取得 取得見込
			平成	令和	年 月 取得 取得見込

(注) 黒インク又は黒のボールペンを用い、自筆にて記入してください。
「性別」欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。
数字は算用数字を使用してください。
※欄は記入しないで下さい。
記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。