

# 令和1-2年度 公立豊岡病院組合採用試験受験申込書

フリガナ _____ 氏名 _____ 生年月日 _____	性別 男・女	受験番号 ※				
フリガナ _____ 現住所 (通知先) _____ 〒 - Tel - -		受験職種 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 受験区分 <input type="checkbox"/> 令和2年3月1日採用 <input type="checkbox"/> 令和2年4月1日採用				
フリガナ _____ 連絡先 _____ 〒 - Tel - -	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	日程 令和2年1月25日				
資格免許の名称及び取得年月日 (□に✓印)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                     写真貼付欄                       ※申請以前3ヶ月以内のもの                      ※上半身、無帽、正面向き                      ※受験票と同じ写真を貼付                      縦サイズ 40mm                      横サイズ 30mm                 </div>				
・ 理学療法士免許証 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> H・R 年 月 日取得						
・ 言語聴覚士免許証 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> H・R 年 月 日取得						
・ 自動車運転免許証 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> H・R 年 月 日取得						
・ <input type="checkbox"/> H・R 年 月 日取得						
・ <input type="checkbox"/> H・R 年 月 日取得						
学歴	学校名 (中学校卒業以降)	学部・学科等	所在地	在籍期間	年制	区分 (□に✓印)
最終			市 町	H・R 年 月から H・R 年 月まで	年制	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込
その前			市 町	H・R 年 月から H・R 年 月まで	年制	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
その前			市 町	H・R 年 月から H・R 年 月まで	年制	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
その前			市 町	H・R 年 月から H・R 年 月まで	年制	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
職歴	勤務先名	業務内容	所在地	在籍期間		区分
最終		<input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ( )の業務	市 町	H・R 年 月から H・R 年 月まで		<input type="checkbox"/> 在職 <input type="checkbox"/> 退職
その前		<input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ( )の業務	市 町	H・R 年 月から H・R 年 月まで		退職
その前		<input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ( )の業務	市 町	H・R 年 月から H・R 年 月まで		退職
その前		<input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ( )の業務	市 町	H・R 年 月から H・R 年 月まで		退職
得意学科	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
有・無						
本人希望記入欄 (勤務地等の希望を記入)						
私は地方公務員法第16条に規定する欠格事項に該当していません。 また、応募資格をすべて満たしており、本申込者記載事項に相違ありません。  令和 年 月 日 (自署) 氏名 _____						※受付印

令和1-2年度公立豊岡病院組合職員採用試験

## 受 験 票

フリガナ _____
氏 名 _____

受験 番号	※
<input type="checkbox"/> 理学療法士	
令和2年3月1日採用	
令和2年4月1日採用	
<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	
令和2年4月1日採用	

写真貼付欄
※申請以前3ヶ月以内のもの
※上半身、無帽、正面向き
※受験票と同じ写真を貼付
縦サイズ 40mm
横サイズ 30mm

- 氏名及び受験職種を記入し、写真を貼付してください。
- 試験開始時刻に遅れた場合は受験できません。
- 試験日には本票を受付に提示して下さい。
- 持ち物：受験票、筆記用具

発行 公立豊岡病院組合 統轄管理事務所 総務部人事課

↑ 

試験当日は枠線で切り取ってお持ち下さい。

## 受験申込書および受験票作成時の注意

1. 記載事項に虚偽の内容がある場合は、採用される資格を失うことがあります。
2. ※印以外はすべて記入してください。
3. 該当するものは○で囲む、または□欄に✓印を記入してください。
4. 記入は全て本人の自筆により、黒のボールペンで記入してください。  
令和2年1月25日
5. 楷書で丁寧に記入してください。
6. 数字は算用数字を用いてください。
7. **電話番号は、最も確実に連絡が取れる番号を記入してください。**
8. 連絡先住所は、現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。
9. 職歴欄には現在までの職歴(自家営業を含む)を新しいものから順に記入してください。

記入欄が足りない場合は、受験申込書を複写してお使いください。

10. **受験申込後に、記載内容に変更が生じた場合は速やかに連絡してください。**

(問い合わせ先)

公立豊岡病院組合 統轄管理事務所 総務部人事課  
〒668-8501 兵庫県豊岡市戸牧1094番地  
Tel 0796-22-6111 内線 2101

