

# 平成29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 S・H 年 月 日 (平成29年4月1日現在 満 歳) フリガナ _____ 現住所 (通知先) _____ 〒 - Tel - -	性別 男・女	受験番号 ※ 受験職種 (□に✓印) <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 医療社会事業士 受験日程 平成29年6月24日(土) 入職希望日 平成 年 月 1日				
フリガナ _____ 連絡先 _____ (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 〒 - Tel - -		<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>				
資格免許の名称及び取得年月日 (□に✓印) ・ 言語聴覚士免許証 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> S・H 年 月 日取得 ・ 社会福祉士登録証 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> S・H 年 月 日取得 ・ 自動車運転免許証 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> S・H 年 月 日取得 ・ <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> S・H 年 月 日取得 ・ <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> S・H 年 月 日取得						
学歴	学校名 (中学校卒業以降) 最終 _____ その前 _____ その前 _____	学部・学科等 _____ _____ _____	所在地 市 _____ 町 _____ 市 _____ 町 _____ 市 _____ 町 _____	在籍期間 S・H 年 月から S・H 年 月まで S・H 年 月から S・H 年 月まで S・H 年 月から S・H 年 月まで	年制 年制 年制 年制	区分 (□に✓印) <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
職歴	勤務先名 最終 _____ その前 _____ その前 _____ その前 _____ その前 _____	業務内容 <input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ( )の業務 <input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ( )の業務 <input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ( )の業務 <input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ( )の業務	所在地 市 _____ 町 _____ 市 _____ 町 _____ 市 _____ 町 _____	在籍期間 S・H 年 月から S・H 年 月まで S・H 年 月から S・H 年 月まで S・H 年 月から S・H 年 月まで	区分 <input type="checkbox"/> 在職 <input type="checkbox"/> 退職 退職 退職 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おりません。 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。 平成 年 月 日 (自署) 氏名 _____			※受付印			

平成29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 ※
受験職種(□に✓印)
<input type="checkbox"/> 言語聴覚士
<input type="checkbox"/> 医療社会事業士
受験日程
平成29年6月24日(土)
入職希望日
平成 年 月 1日

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。
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 2102

