地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験申込書【記載例】

試験職種	福祉職（臨床心理）	
ふりがな	かながわ　　たかこ	性別
氏　　名	神奈川　貴子	男・(女)
生年月日	(昭和)・平成　６２年　７月　１４日	平成30年4月1日現在（満　３０歳）
現住所	〒２３１－００２１ 横浜市中区日本大通×× （　　）方	
	電話番号　０４５　－　×××　－　××××	
	携帯電話　０８０　－　××××　－　××××	
連絡先	〒２０６－０８１２ 東京都稲城市矢野口××× （　　）方	
	電話番号　０４２　－　×××　－　××××	

＊

（写真貼付欄）

写真（※）を貼って提出してください。

※縦4cm×横3cm
上半身・脱帽・正面向きの、本人と確認できるもの
裏面に氏名を記入

	学校名・学部学科名	在籍期間	修学区分
最終学歴	□□大学院　〇〇	平成１９年　４月から 平成２１年　３月まで	(卒業（修了）) 卒業（修了）見込み

	勤務先名	在職期間	区分	職務内容
職歴	〇〇病院	平成２１年　４月から 平成２２年　５月まで	常勤 非常勤	
	△△病院	平成２２年　６月から 平成２９年　３月まで	常勤 非常勤	〇〇～

受験資格に該当する資格・免許は、１行目に必ず記入してください。

	資格・免許名称	取得年月日	取得区分
免許資格	〇〇免許	平成２２年１２月　日	(取得)・取得見込
		年　月　日	取得・取得見込

受験上の配慮を必要とする方(車いすの使用等)は右欄に記載してください。	必要事項（　　）

身体に障がいがあり、受験上の配慮を必要とする場合は、（　）内に内容を記入してください。
また、申し込む前に、本部事務局人事給与課まで必ずご連絡ください。

私は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験を受験したいので
なお、私は次のいずれにも該当しません。
・成年被後見人又は被保佐人
・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
また、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

平成29年　12月　26日

氏　名　神奈川　貴子

※日付、氏名は必ず受験者本人が記入してください。

（注）受験資格に該当する資格・免許を一行目に記入してください。

試験結果発表の際、神奈川県立病院機構ホームページに合格者の受験番号を掲載しますが、合格しても自分の受験番号をホームページに掲載しないことができます。ホームページに受験番号を掲載したくない場合は、右の「掲載を希望しない」欄の○を塗りつぶしてください（掲載を希望する場合は塗りつぶさないでください。）。	掲載を希望しない ○

受験資格に該当する免許を既に取得済で、平成30年４月以前の採用を希望される方は、右の「前倒し希望」欄の○を塗りつぶしてください（希望しない場合は塗りつぶさないでください。）。	前倒し希望 ○

短時間正規職員制度にご興味のある人は、右の「詳細希望」欄の○を塗りつぶしてください。詳細のわかる関係資料をお送りさせていただきます（希望しない場合は塗りつぶさないでください。）。	詳細希望 ○