

**記載例**

試験職種	作業療法士、言語聴覚士	
ふりがな	かながわ たかこ	性別
氏名	神奈川 貴子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	昭和 平成 56年 7月 14日 <small>平成31年4月1日現在</small> (満 38歳)	
現住所	〒221-0057 横浜市神奈川区青木町×× ( ) 方	
	電話番号	045 - ××× - ××××
	携帯電話	090 - ×××× - ××××
連絡先	〒252-0813 藤沢市亀井野××× ( ) 方	
	電話番号	0466 - ××× - ××××

\*

(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

最終学歴	学校名・学部学科名	在籍期間	修学区分
	□□□大学 ○○部	平成12年 4月から 平成16年 3月まで	<input checked="" type="radio"/> 卒業(修了)
資格・免許	資格・免許名称 (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)	取得年月日	取得区分
	作業療法士資格	平成16年 4月12日	取得
		年 月 日	取得・取得見込
		年 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人(車いすの使用等)は右記に記載してください。		必要事項 ( )	

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が、  
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(準禁治産者を含む。)  
・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  
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。

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、本部事務局人事部署人事給与課まで必ずご連絡ください。

平成 30年 9月 15日

**神奈川 貴子**

氏名

※日付、氏名は必ず受験者本人が記入してください。

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 ○
平成31年4月以前の採用を希望される人は、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 ○

【裏面に続く】

