

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（経験者）

試験職種	作業療法士、言語聴覚士			* (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
ふりがな			性別	
氏名			男・女	
生年月日	昭和・平成	年	月 日	
現住所	〒		—	() 方
	電話番号	—	—	
	携帯電話	—	—	
連絡先	〒		—	() 方
	電話番号	—	—	
最終学歴	学校名・学部学科名		在籍期間	修学区分
			年 月から 年 月まで	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
			年 月 日	取得
			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 ()	
<p>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申し込みます。 なお、私は次のいずれにも該当しません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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がなくなるまでの人 <p>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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">※日付、氏名は必ず受験者本人 が記入してください。</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p>				

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】

【裏面】

職務経験 ※受験資格の対象となる職務経験以外についても記入してください。	勤務先（所在地）、部課名、役職名	具体的職務内容	雇用形態	在籍期間	職務経験	
			常勤	在職	年 月から	該当 非該当
			契約・非常勤 週 時間勤		年 月まで 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月	
			常勤	在職	年 月から	該当 非該当
			契約・非常勤 週 時間勤		年 月まで 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月	
			常勤	在職	年 月から	該当 非該当
			契約・非常勤 週 時間勤		年 月まで 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月	
		常勤	在職	年 月から	該当 非該当	
		契約・非常勤 週 時間勤		年 月まで 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月		
		常勤	在職	年 月から	該当 非該当	
		契約・非常勤 週 時間勤		年 月まで 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月		
		常勤	在職	年 月から	該当 非該当	
		契約・非常勤 週 時間勤		年 月まで 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月		
職務経験通算期間（職務経験非該当の期間を除く）				年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月 年 月 月 月		
自 己 P R ※職務経験を踏まえ、自己をPRするポイントについて、枠内に自由に記入してください。						
氏名						