

試験職種	福祉職（介護）、 <u>理学療法士</u>	
ふりがな	かながわ たかこ	性別
氏名	神奈川 貴子	男・ <u>女</u>
生年月日	平成 31 年 4 月 1 日現在 <u>昭和</u> 平成 56 年 7 月 14 日 (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	<u>卒業（修了）</u>
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
	理学療法士資格	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。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がなくなるまでの者  
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 31 年 1 月 7 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 ○

