

試験職種	保健師、事務職（診療情報管理士）		
ふりがな	かながわ たかこ	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	神奈川 貴子		
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 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	取得年月日	取得区分
	○○免許	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
 がある期間満了の日以後経過期間が経過していない者
 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、本部事務局人事部人事給与課まで必ずご連絡ください。

平成 31年 1月 17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 ○
---	---------------

【裏面に続く】

