

| | | | |
|------|---|-------------------|---------------------------------------|
| 試験職種 | 事務職 | | |
| 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 | <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 |

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している者。
 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 2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6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】

