

【記載例】

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

試験職種	遺伝カウンセラー			* (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	かながわ たかこ	性別		
氏名	神奈川 貴子		男・女	
生年月日	平成 2 年 7 月 1 4 日 <small>令和3年4月1日現在</small> (満 30 歳)			
現住所	〒231-0021 横浜市中区日本大通 × × () 方			
	電話番号	045 - × × × - × × × ×		
	携帯電話	080 - × × × × - × × × ×		
緊急連絡先	〒206-0812 東京都稲城市矢野口 × × × () 方			
	電話番号	042 - × × × - × × × ×		
最終学歴	学校名・学部学科名		在籍期間	修学区分
	□□□大学 ○○学部 △△学科		平成18年 4月から 平成24年 3月まで	卒業(修了) 卒業(修了)見込み
職歴	勤務先名	在職期間	区分	職務内容
	○○病院	平成24年 4月から 平成25年 5月まで	常勤 非常勤	受験資格に該当する資格・免許は、 1行目に必ず記入してください。
	△△病院	平成25年 6月から 令和 2年 3月まで	常勤 非常勤	○○～
		年 月から 年 月まで	常勤 非常勤	○○～
免許資格(注)	資格・免許名称		取得年月日	取得区分
	認定遺伝カウンセラー		平成24年12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)は右欄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いので、 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 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、本部事務局人事給与課まで必ずご連絡ください。	
令和 2年 4月 17日			氏名 神奈川 貴子 ※日付、氏名は必ず受験者本人が記入してください。	

(注) 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。