

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（一般採用）

試験職種	福祉職（相談）		
ふりがな 氏名			性別 男・女
生年月日	昭和・平成	年	月 日 <small>令和4年4月1日現在</small> (満 歳)
現住所	〒 ー () 方		
	電話番号	ー	ー
	携帯電話	ー	ー
緊急 連絡先	〒 ー () 方		
	電話番号	ー	ー
前倒し 希望日 <small>(希望者のみ)</small>	令和 年 月 日		

* 記入不要

(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

※上記に必ず写真を貼付してください。

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	取得年月日	取得区分
		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。
 ・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
 ・平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている人(心神耗弱を原因とするものを除く。)
 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。

年 月 日

氏名 _____ ※日付、氏名は必ず受験者本人が記入してください。

令和4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 ○