

地方独立行政法人奈良県立病院機構職員採用試験
 (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

受験申込書

記入日 年 月 日

受験 番号	※
----------	---

写真貼付

- 上半身、正面、脱帽
- 3ヶ月以内に撮影されたもの
- 写真裏面に氏名と受験職種を記入
- 縦4cm×横3cm

ふりがな					
氏名	受験職種 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士				
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生	(満 歳) 性別
現住所	〒 -				
*都道府県から	電話番号	-	-	緊急連絡先(携帯など)	- -
結果通知 連絡先	〒 -				
	電話番号	-	-	緊急連絡先(携帯など)	- -
*現住所以外に、採用試験についての連絡を希望する場合のみ、記入してください。					

(年 月撮影)

学 歴	在学期間	学校名	学部・学科	修学区分
	年 月 ~ 年 月			
高 校 以 後	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退

職 歴	在職期間	勤務先の名称	職務内容	雇用形態
	年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()

* 高校・大学等の正規の修学期間中のアルバイトは除きます。書き切れない場合は別紙を添付してください(任意様式)

受験職種に該当する免許			
理学療法士	年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
作業療法士	年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
言語聴覚士	年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	

その他の免許・資格			
	年 月	取得	
	年 月	取得	

賞 罰	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月	

* 2ページ末尾の「記入上の注意」をよく読んで記入してください。

受験 番号	※
----------	---

志望動機

自己PR

就職活動等の状況 (可否には影響しませんので、率直にお答えください。)

進学 との併願	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →有の場合はその内容	
他の就職先 との併願	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →有の場合はその内容	

勤務についての希望 (あなたが採用された場合の参考にするものですが、必ず希望どおりになるとは限りません。)

希望する 勤務地	<input type="checkbox"/> 奈良県総合医療センター <input type="checkbox"/> 奈良県総合リハビリテーションセンター <input type="checkbox"/> 奈良県西和医療センター <input type="checkbox"/> どこでも良い
希望する 業務内容	
その他、勤務について配慮 を希望することなど	

確認書 (内容を確認のうえ、欄にチェックし、署名してください。自署に限ります。)

<input type="checkbox"/> 私は「試験案内」をよく読み、自分が受験資格を満たしていることを確認しました。 <input type="checkbox"/> この受験申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。 <input type="checkbox"/> 受験申込書に虚偽があった場合は、受験を取り消されても異議ありません。 (署名) _____
--

《記入上の注意》

- ・様式は変更しないでください。
- ・パソコン等による入力是不可。手書き。黒のインク又はボールペンで枠内に入るよう記入してください。
- ・太枠内の各項目のすべてに具体的かつ簡潔に、不備のないように記入し、該当する欄にレ印をつけてください。
- ・※欄は記載しないでください。
- ・この受験申込書の記載内容は、採用試験に関する資料として活用し、それ以外の目的には一切使用しません。