

令和8年度 瀬戸内市民病院職員採用試験受験申込書

受験番号 ※記入しないでください

試験区分	言語聴覚士			写真欄 (3cm×4cm) ※6ヵ月以内に撮影した、脱帽・上半身のもの。 ※受験票と同じ写真であること。 ※下欄に写真撮影月を記入すること。	
氏名	ふりがな	性別			
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	本籍		都・道 府・県
現住所	〒 - (受験票を送付する住所・連絡先)				Tel () - (方呼出)
連絡先	〒 - (受験票を送付する住所・連絡先)				Tel () - (方呼出)

注1) 各欄の期間等は和暦で記載すること。 注2) 職歴にはアルバイトは含まないこと。

学歴	学校名 (中学校から)	学部・学科名	在学期間	○で囲む
				年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月	卒・転校
			年 月～ 年 月	中退・卒見込
			年 月～ 年 月	卒・中退 卒見込
			年 月～ 年 月	卒・中退 卒見込

職歴	勤務先 (新しいものから)	在職期間	○で囲む
			年 月 ~ 現在 在職中
		年 月 ~ 年 月 まで	正規・非正規 その他()
		年 月 ~ 年 月 まで	正規・非正規 その他()
		年 月 ~ 年 月 まで	正規・非正規 その他()
		年 月 ~ 年 月 まで	正規・非正規 その他()

賞罰	年	月	賞罰

注3) 処分歴のある者については、懲戒処分等についても明記すること。

得意な学科		健康状態	
趣味		スポーツ	

免許・資格	取得年月	免許・資格名	取得年月	免許・資格名

私は、瀬戸内市民病院職員採用試験を受験したいので申込みます。なお、私は地方公務員法第16条に該当しておりません。また、すべての受験資格を満たしており、申込書等の記載事項はすべて事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 (本人自署)