

令和5年度 長崎県精神医療センター職員採用試験受験申込書

※欄は記入しないでください。

長崎県病院企業団

試験職種	精神保健福祉士		※受験番号		写 真 欄 無帽で正面から上半身を撮影したもの（過去6ヶ月以内に撮影した、縦4cm×横3cmのもの。白黒・カラーの別は問いません）
ふりがな			性 別		
氏 名			男 ・ 女		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 （令和6年4月1日現在 満 歳）				
現 住 所	〒 ー (様 方)				
電話番号			携帯電話		
合格通知書送付先	(上記住所と異なる場合のみ記入してください。) 〒 ー (様 方)				
電話番号					
学 歴 (中学校以上を記入)	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	在 学 期 間	修 学 区 分	
	(現在または最終)		自 平・令 年 月 至 平・令 年 月	☐ 卒業 ☐ 卒業見込 ☐ 中退	
	(その前)		自 平・令 年 月 至 平・令 年 月	☐ 卒業 ☐ 中退	
	(その前)		自 平・令 年 月 至 平・令 年 月	☐ 卒業 ☐ 中退	
	(その前)		自 平・令 年 月 至 平・令 年 月	☐ 卒業 ☐ 中退	
職 歴	勤 務 先 の 名 称	職 種 等	職 務 内 容	在 職 期 間	
	(現在または最終)			自 平成 年 月 至 令和 年 月 (在職中・退職)	
	(その前)			自 平成 年 月 至 平成 年 月	
	(その前)			自 平成 年 月 至 平成 年 月	
	(その前)			自 平成 年 月 至 平成 年 月	
	(その前)			自 平成 年 月 至 平成 年 月	
	(その前)			自 平成 年 月 至 平成 年 月	
精神保健福祉士		平成・令和 年 月 日 取得・取得見込み（○をしてください） 取得見込みの場合、日付は不要です。			
その他の免許・資格	免 許 ・ 資 格 の 種 類			取 得 年 月 日	
				平・令 年 月 日	
				平・令 年 月 日	
				平・令 年 月 日	
				平・令 年 月 日	

受験の動機・自己PRなど		
得意な科目・研究課題		
クラブ活動・スポーツ・文化活動等		
趣 味 ・ 特 技		
健 康 状 態		
私は、上記の採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。		受 付 印
令和 年 月 日 氏名（自署）		※

申込書記入上の注意

- 1 ☐は該当するものをチェックしてください。
- 2 インクまたはボールペンで、ていねいに、漏れがないよう楷書で記入してください。
- 3 記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。