

令和7年度 長崎県病院企業団職員採用試験受験申込書

※欄は記入しないでください。

試験職種	社会人（事務職）	受験番号	※	写真欄
ふりがな			性別	無帽で正面から上半身を撮影したものの（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）
氏名			男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生（令和8年4月1日現在 満 歳）			
現住所	〒 - (様 方)			
電話番号			携帯電話	
受付票・ 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。) 〒 - 電話			
学歴 (高等学校以上を記入)	学校名	学部・学科名	在学期間	修学区分
			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込 <input type="checkbox"/> 中退
			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込 <input type="checkbox"/> 中退
			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込 <input type="checkbox"/> 中退
			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込 <input type="checkbox"/> 中退
職歴	勤務先の名称・部署・雇用形態	職務内容	在職期間	左のうち受験資格に 関わる実務経験年数
			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	年 月
			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	年 月
			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	年 月
			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	年 月
			昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月	年 月

免 許 ・ 資 格	免 許 ・ 資 格 の 種 類	取 得 年 月 日
		昭和 ・ 平成 年 月 日
		昭和 ・ 平成 年 月 日
		昭和 ・ 平成 年 月 日
		昭和 ・ 平成 年 月 日
		昭和 ・ 平成 年 月 日
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、事実に相違ありません。		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。