

令和5年度第3回鹿児島市立病院職員採用試験(医療技術職)受験申込書

職 種	いずれかに○をつけてください。 ・薬剤師 ・臨床検査技師(病理検査部門) ・理学療法士A(実務経験者)・理学療法士B ・管理栄養士		受験番号 ※		番
ふりがな			写 真 欄 写真は、申込み前1か月以内のもの(上半身脱帽正面向きタテ4cm、ヨコ3cm)で本人と確認ができるものが必要です		
氏 名					
生年月日	昭和 平成	年 月 日	年 齢	満	歳
メール アドレス	(※必須)【アルファベットと数字とが判別できるよう、フリガナをつけてください。】 @				
現住所 連絡先	(〒 -) (電話)				
その他 連絡先	(〒 -) (電話)		あなたとの関係(自宅・下宿など)		
学 歴	学 校 名	学 部 ・ 学 科	在 学 期 間		
	中学校		年 月 ~	年 月	
			年 月 ~	年 月	
			年 月 ~	年 月	
			年 月 ~	年 月	
職 歴	勤 務 先	職 務 内 容(※1)	在 職 期 間		
	上から古い順にお書きください		年 月 ~	年 月	
			年 月 ~	年 月	
			年 月 ~	年 月	
			年 月 ~	年 月	
障害者の方は記入してください。		障害の種類及び級・程度			

※1 理学療法士Aは、該当する職歴の職務内容に、実務経験のあるリハビリテーション(試験案内の受験資格欄に記載した4つのリハビリテーションのいずれか)を記載

※ 裏面もあります。

資格免許	資格免許、検定資格又は特殊な資格等を有する場合は記入してください。 なお、免許等を有する職種については、その写しを添付してください。	
名 称	取得年月日	資格・免許等の取扱官公庁又は団体

私は、鹿児島市立病院職員採用試験の受験申込みをしますが、次の各号のどれにも該当していません。

(1)禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでの者、又はその執行を受けることがなくなるまでの者

(2)鹿児島市職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過していない者

(3)日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

記載事項のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

(自筆)

・署名してください。