

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 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）
ふりがな				性 別	
氏 名				男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生（令和7年10月1日現在 満 歳）				
現 住 所	〒 ー （ 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。） 〒 ー 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		☐ 卒業（修了） ☐ 卒業（修了）見込 ☐ 中退
			昭・平 年 月 昭・平 年 月		☐ 卒業（修了） ☐ 卒業（修了）見込 ☐ 中退
			昭・平 年 月 昭・平 年 月		☐ 卒業（修了） ☐ 卒業（修了）見込 ☐ 中退
			昭・平 年 月 昭・平 年 月		☐ 卒業（修了） ☐ 卒業（修了）見込 ☐ 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。