

柏原市病院職員採用資格試験申込書

〈写 真〉
 上半身・脱帽・無背景
 注) 過去3ヶ月以内に撮影したもの
 縦 4.5cm×横 3.5cm

受験職種	理学療法士	受験番号	
ふりがな		性別	成績開示希望
氏名		※	
生年月日	昭和・平成	年	月 日 (満 歳)

※成績の開示を希望する場合は、成績開示希望欄に「有」と記入して下さい。
 (不合格の場合のみ通知します。)

(ふりがな) 現住所	〒 ー TEL () 携帯 () E-mail ◎地番までくわしく (アパートは室号、下宿の場合は〇〇方まで) 記入してください。
(ふりがな) 連絡先	〒 ー TEL () 携帯 () E-mail ◎連絡先は、現住所以外に連絡を希望する方のみ記入してください。

学	学 校 名	学 部 学 科 名	在 学 期 間	所 在 地
歴	中学校		平成 令和 年 月入学 平成 令和 年 月卒業	都道府県
			平成 令和 年 月入学 平成 令和 年 月卒・卒見込	都道府県
			平成 令和 年 月入学 平成 令和 年 月卒・卒見込	都道府県
			平成 令和 年 月入学 平成 令和 年 月卒・卒見込	都道府県
			平成 令和 年 月入学 平成 令和 年 月卒・卒見込	都道府県

職	勤 務 先 名	正職・その他 ○を記入	在 職 期 間	所 在 地
歴		正職・その他	平成・令和 年 月就職	(勤務内容)
			平成・令和 年 月退職	
		正職・その他	平成・令和 年 月就職	(勤務内容)
			平成・令和 年 月退職	
		正職・その他	平成・令和 年 月就職	(勤務内容)
			平成・令和 年 月退職	

(注意) 学歴欄等が不足するときは、別紙を作成して記入し、裏面上部に貼付してください。
 ※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

免許・資格	免許・資格	取得・見込年月
		平成 令和 年 月 取得見込
		平成 令和 年 月 取得見込
		平成 令和 年 月 取得見込

(注意) 取得・見込について、該当するものを囲んでください。

専攻科目	
得意な科目	
所属クラブ等	
趣味	
志望動機	

私は、柏原市病院職員採用資格試験を受験したいので申し込みます。なお、私は、柏原市病院職員採用資格試験要項に掲げてある受験要件をすべて満たしており、かつ、申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

(氏名及び年月日は必ず自署してください)

柏原市病院職員採用資格試験受験票

〈写 真〉
上半身・脱帽・無背景
注意) 過去3ヶ月以内に撮影したもの
縦 4.5cm×横 3.5cm

職 種	理学療法士	受 験 番 号
		※ 番
ふりがな		性 別
氏 名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	

※以外の欄は各自記入してください。
「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

試験の日時及び場所

日 時	後日通知 (後日試験日をお知らせいたします)
場 所	市立柏原病院 会議室
	TEL 072-972-0885

-----キ-----リ-----ト-----リ-----

- | | |
|------------------|--|
| 注
意
事
項 | ※ 時間厳守のこと。 |
| | ※ 当日は、受験票・筆記用具等を持参してください。
受験票を持参しないときは、受験できない場合もあります。 |
| | ※ 自動車での来場を禁じます。 |
| | ※ 他の受験者の迷惑とならないよう、試験場では係員の指示を必ず守ってください。 |

〈会場案内〉

市立柏原病院

柏原市法善寺1丁目7番9号

072-972-0885

JR「柏原駅」下車徒歩 12分

近鉄大阪線「法善寺駅」下車徒歩 4分

面 接 カ ー ド

(記入日：令和 年 月 日)

試験職種	理学療法士	ふりがな	
受験番号		氏 名	

理学療法士を志した動機と「私の描く理学療法士像」

理学療法士経験（実習を含む）を通じて最も印象に残ったこと

研究発表、研修・講習歴など

理学療法士職として関心のある分野

最近関心を持った事がら（自己・世相・社会など）

自 己 P R	性格、趣味、特技、クラブ・サークル活動歴、ボランティア活動歴、これまでにあなたが特に情熱を注いだこと又は他人に誇れることなど
※記入しないでください	

備 考	※記入しないでください
--------	-------------