

# 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		男・女	
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 ( )
◎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 ( )
◎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 年 月卒業	都道府県
			平成 令和 年 月入学 年 月卒・卒見込	都道府県
			平成 令和 年 月入学 年 月卒・卒見込	都道府県
			平成 令和 年 月入学 年 月卒・卒見込	都道府県
			平成 令和 年 月入学 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 年 月就職	(勤務内容)
			平成 年 月退職	
		正職・その他	平成 年 月就職	(勤務内容)
			平成 年 月退職	
		正職・その他	平成 年 月就職	(勤務内容)
			平成 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。

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に相違ありません。

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)