

**平成30年度（2018年度）
箕面市立病院職員採用試験申込書（理学療法士・言語聴覚士）**

年 月 日現在

受験する職種（いずれかに○印） 理学療法士・言語聴覚士		※受験番号		※受付印
写 真 <small>（縦4.5cm×横3.5cm） 写真は申込前6か月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので本人と確認できるもの。</small>	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日（満 歳）
	現住所	〒 —		
		電 話（ ）	—	
		携帯電話（ ）	—	
性 別	電子メールアドレス			
	結果通知先 <small>（現住所と同じ場合は記入不要）</small>	〒 —		
		電 話（ ）	—	
学 歴	学 校 名	学部・学科（専攻）名	在 学 期 間	
	中学校		年 月 卒業	
			年 月 入学	
			年 月 卒業・卒業見込・中退	
			年 月 入学	
			年 月 卒業・卒業見込・中退	
職 歴	勤 務 先		期 間	
	名 称		年 月 採用	
			年 月 退職・退職予定	
			勤務形態【正社員・アルバイト・その他（ ）】	
	名 称		年 月 採用	
			年 月 退職・退職予定	
		勤務形態【正社員・アルバイト・その他（ ）】		
名 称		年 月 採用		
		年 月 退職・退職予定		
		勤務形態【正社員・アルバイト・その他（ ）】		
名 称		年 月 採用		
		年 月 退職・退職予定		
		勤務形態【正社員・アルバイト・その他（ ）】		
名 称		年 月 採用		
		年 月 退職・退職予定		
		勤務形態【正社員・アルバイト・その他（ ）】		

「※」欄は、記入しないでください。
職歴で在職中のときは、期間欄の「採用」の後に「現在に至る」と記入してください。

氏 名	
-----	--

※ 受験番号	
--------	--

志望動機（必ず記入してください）

自己PR

資格・免許等の名称	取得（見込）年月	趣 味 ・ 特 技 等
	年 月 取得・見込	
	年 月 取得・見込	
	年 月 取得・見込	
	年 月 取得・見込	
	年 月 取得・見込	

**平成30年度（2018年度）
箕面市立病院職員採用試験受験票（理学療法士・言語聴覚士）**

写 真 <small>申込書と同一の写真 を貼付して下さい。</small>	受験する職種（いずれかに○印） 理学療法士 ・ 言語聴覚士		※受験番号	
	ふりがな		性 別	※受付
	氏 名			
生年月日 年 月 日 (満 歳)				

◎受験注意事項

- 1 当日は必ず指定の時刻までに、集合してください。遅刻者は受験できません。
- 2 受験の際は、本票がないと受験できませんので、忘れずに携行してください。
- 3 筆記用具（鉛筆HB又はBを6本程度、消しゴム等）を必ず持参してください。
- 4 試験会場では、試験係員の指示に従って行動してください。
その指示に従わない人又は不正行為のあった人は、退場していただきます。
- 5 試験中は、携帯電話など通信機器の使用を禁止します。
- 6 試験終了時間が午後になる人は、昼食を各自で用意してください。

----- キリトリセン -----