

受 験 申 込 書

長浜市病院事業職員選考委員会委員長 様

長浜市病院事業職員採用試験を受けたく、下記の書類を添えて申し込みます。

私は、長浜市病院事業職員採用試験公告に記載された欠格事項に該当していません。
また、この申込書の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

受験者氏名

印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

現住所

記

1. 申込職種

作業療法士

2. 試験日時 随時（申し込み後において調整のうえ決定）

3. 自筆履歴書（指定用紙） 1通

4. 卒業（又は見込）証明書（免許保有者は不要） 1通

5. 成績証明書（免許保有者は不要） 1通

6. 作業療法士免許証の写し（取得見込みの者は不要） 1通

7. 6ヶ月以内に撮影した写真（縦4.0cm×横3.0cm） 2枚（1枚は履歴書に貼付）
※ 上半身、脱帽、正面向きのもの

8. 返信用封筒〔長形3号〕 1通
※ 84円切手を貼付し、宛先を明記したもの。