

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。

平成 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

言語聴覚士

2. 試験日時 平成 28 年 12 月 17 日(土)

3. 自筆履歴書 (指定用紙) 1 通

4. 卒業証明書 1 通

5. 成績証明書 1 通

6. 言語聴覚士免許証の写し (取得見込の人は不要) 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 (82 円切手貼付、宛先明記) 1 通

※ 郵便での申込者のみ必要