

# 平成30年度小城市民病院職員(理学療法士)採用試験申込書

## 履 歴 票

出 欠 欄	
作 文	面 接

(ふりがな) 1 氏名		志望団体 小城市民病院	受験番号		
2 生年月日 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 平成 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 女 平成31年4月1日現在で満 才		試験区分 理学療法士			
3 現住所(住民基本台帳に記載されている住所)番地まで詳しく記入すること (〒 - ) (ふりがな)					
TEL (呼出し 方)					
4 連絡先(合格通知書等の送付先) (〒 - )					
TEL (呼出し 方)					
5 学歴	学校名	学部	学科	修学状況	写 真 欄 ・大きさ 縦4cm×3cm 8月以降に脱帽、 上半身、正面向きで 撮ったもので本人と 確認できるもの ・写真の裏面に忘れず に氏名を記入し、の りをつけてこの欄に 貼ってください。
				平成 年 月卒 ( )年中退	
(最終学歴)				平成 年 月 卒 修了	
6 職歴 勤務先名称		勤 務 期 間			
		平成	年	月から	
		平成	年	月まで	
		平成	年	月から	
		平成	年	月まで	
		平成	年	月から	
		平成	年	月まで	
平成 年 月 日					
氏名(自筆)					

(この申込書は切り離さずに封筒に入れて郵送するか、持参してください。)

# 平成30年度小城市民病院職員(理学療法士)採用試験

## 受 験 票

志望団体	小城市民病院	受験番号			
試験区分	理学療法士				
(ふりがな)					
氏名					

### 試験日

平成30年10月28日 (日)  
午前9時00分集合

### 試験会場

佐賀県小城市小城町松尾4100番地  
小城市民病院 3 F 研修室

### ※問い合わせ先

小城市民病院  
事務局 庶務係  
〒845-0004  
小城市小城町松尾4100番地  
Tel0952-73-2161

受付日付印