

令和6年度小城市民病院（理学・作業療法士）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"/> 1.男 平成 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 2.女 記入時点 満 才 <input type="checkbox"/> 3.		試験区分	理学・作業療法士	R		
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、現住所と異なる場合は記入して下さい) 〒 - TEL (呼出し 方)						
5 学歴 学校名(高校以降記入)	学部・学科名	修学状況	写 真 欄 ・大きさ 縦4cm×3cm 3月以内に脱帽、 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。			
(最終学歴)		年 月 卒 ( )年中退				
		年 月 卒 ( )年中退				
6 職歴 勤務先名称	勤 務 期 間	現在 ↑ 年 月 から～ 年 月 まで 年 月 から～ 年 月 まで 年 月 から～ 年 月 まで 年 月 から～ 年 月 まで ↓ 過去				
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。

令和6年度小城市民病院(理学・作業療法士)採用試験申込書

受 験 票

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

試験日

令和6年6月9日(日)  
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

--