

## 地方独立行政法人長崎市立病院機構職員採用試験受験申込書

試験職種	受験番号	写真を貼る位置  (1)写真は申込前6か月以内に写した上半身脱帽正面のものを貼ってください。 (2)写真の大きさは横4cm、縦6cmぐらい。 (3)下の受験票にも同じ写真を貼ってください。		
薬剤師・管理栄養士・診療放射線技師  <u>希望する職種を○で囲ってください。</u>	※			
ふりがな ----- 氏名  性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日  昭和・平成    年    月    日  年    齢    満        歳			
現住所    〒        -			電話 (        )    - 携帯 (        )    -	
合格通知    〒        - の送付先			電話 (        )    -	
学       歴	学    校    名	学    部    学    科    名	在    学    期    間	修    学    区    分
	最    終    (    現    在    )		昭・平    年    月    から 昭・平    年    月    まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	最    終    前		昭・平    年    月    から 昭・平    年    月    まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	最    終    前    々		昭・平    年    月    から 昭・平    年    月    まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
免許資格の種類 取得(予定)年月				

※ 出    欠	体    力	教    養	論    文	専    門

※受付            月            日

----- (きりとらないでください) -----

地方独立行政法人長崎市立病院機構職員採用試験受験票				
試験職種	受験番号	写真を貼る位置  受験申込書と同じ写真を貼ってください。		
薬剤師・管理栄養士・診療放射線技師  <u>希望する職種を○で囲ってください。</u>	※			
ふりがな ----- 氏名  性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日  昭和・平成    年    月    日  年    齢    満        歳			

※受験票にも氏名等を記入し写真を貼ってください。

※裏面をよく読んでから、記入してください。

私は、地方独立行政法人長崎市立病院機構職員採用試験の受験を申し込みます。  
なお、私は次の各号（(1)～(4)）のいずれにも該当していません。  
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

氏 名  
(自署)

- (1) 成年被後見人又は被保佐人
- (2) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終るまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- (3) 長崎市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- (4) 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

記  
入  
上  
の  
注  
意

- ・ □のところは該当するものにレ印をつけてください。
- ・ 第一次試験合格通知及び最終合格通知は郵送になりますので、郵送先が現住所と異なる場合は合格通知の送付先欄を記入してください。
- ・ ※欄には記入しないでください。
- ・ 記載事項に虚偽がある場合は、合格を取り消すことがあります。

----- (きりとらないでください) -----

[注 意]

- 1 試験日時・試験会場は試験案内をよくご覧ください。
- 2 試験当日は必ず定刻までに試験会場にお越しください。  
試験開始時刻に遅刻した場合は受験できないことがあります。
- 3 受験の際は必ず受験票と筆記用具（HBまたはBの鉛筆、消しゴムなど）、その他指定された用具を持参してください。

長崎市病院局企画総務課総務係

095-822-3251（内線2213）