

(作業療法士)

# 大田市立病院職員採用試験申込書

①試験区分
作業療法士

※受験番号

写真貼付
1. 写真は2カ月以内に撮影したもの
2. 写真サイズ (縦4.0cm×横3.0cm)

ふりがな		③性別	
②氏名			
④生年月日	昭和 平成	年	月 日

⑤受験票・試験結果通知送付先住所(寮・アパート名等を明確に記入)			
〒	—	電話番号 ( ) — ( )	方呼出
ふりがな			
	都道府県	市郡	区町村 番地
ふりがな			
アパート名等			

⑥現住所(⑤の送付先住所と異なる場合のみ記入。⑤と同じ場合は記入不要)			
〒	—	電話番号 ( ) — ( )	方呼出
ふりがな			
	都道府県	市郡	区町村 番地
ふりがな			
アパート名等			

⑦学歴(中学校入学以降の期間を記入)	
在学期間	学校名・学部学科名等
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	

⑧職歴(職歴がある場合のみ記入)		
在職期間	会社名等	従事内容
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

⑨資格・免許(受験資格の要件とされている免許・資格のみ記入)	
資格等の名称	取得(見込)年月日
	昭和 平成 年 月 取得 取得見込
	昭和 平成 年 月 取得 取得見込

(注) 黒インク又は黒のボールペンを用い、自筆にて記入してください。  
数字は算用数字を使用してください。  
※欄は記入しないで下さい。  
記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。