

令和4年度 高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験(通常募集⑥)受験申込書

(注)裏面の「記入方法」をよく読んで記入してください。

(表面)

試験区分 言語聴覚士				受験番号 (記入しないでください)		国籍等 1 日本国籍 2 永住者 3 特別永住者						
ふりがな				受験に必要な資格・免許等		資格・免許の名称						
氏名						取得(見込)年月日	取得済・見込の別					
生年月日	昭和 平成	年	月	日生	性別	男・女	平成 令和	年	月	日	取得済・取得見込	
現住所	(〒 -) 電話() 最も連絡の取りやすいもの(携帯電話可)を記入してください。											
合格通知先住所	(〒 -) 電話() 最も連絡の取りやすいもの(携帯電話可)を記入してください。											
学歴	学 校 名			学 部・学 科 名		所在地(都道府県市町村名まで)		在学期間				
(最終学歴から順に記入)	(最終)								平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで			
	(その前)								平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで			
職歴	勤 務 先 名 称			具体的な職務内容		所在地(都道府県市町村名まで)		在職期間				
(最終職歴から記入)ただし、受験職種に関連した職歴は優先して記入してください。	(最新)								平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで			
									平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで			
									平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで			
									平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで			
私は、高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験の受験資格をすべて満たしています。						令和 年 月 日						
また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。						氏 名 (必ず本名を自筆で記入してください。)						

(切り離してはいけません)

令和4年度 高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験(通常募集⑥)

写 真 票

試験区分	言語聴覚士	
受験番号	(記入しないでください)	
ふりがな		
氏名		

写 真 欄
(1) 申込の際に、ここに写真を貼ってください。 (2) 最近6か月以内に撮影した上半身脱帽正面向きのもの(スナップ写真不可) (3) 写真を貼っていない申込書は受付しません。(74cm×33cm程度)

令和4年度 高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験(通常募集⑥)

受 験 票

(裏面も記入)

試験区分	言語聴覚士		注意事項 (1)この受験票は試験会場に必ず持参してください。 (2)試験当日は筆記用具(鉛筆はHB 5~6本、消しゴム、シャープペンシル不可)を持参してください。
受験番号	(記入しないでください)		
ふりがな			性別
氏名			男・女

◎受験に当たっての要望事項について(希望する人のみ記入)

※車いす等補装具は各自用意してください。

氏名	受験番号	(記入しないでください)
----	------	--------------

- (1)車いすの使用
1 有 (車椅子に座ったままで受験・会場の椅子に移って受験)
2 無
- (2)その他の補装具の持ち込み使用 1 有 2 無
・ルーペ(拡大鏡) ・補聴器
・その他()
- (3)その他要望事項があれば具体的に記入してください。

試験成績開示請求書

高知県・高知市病院企業団企業長様

高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験の私の成績の開示を求めます。

令和 年 月 日

請求者

住所 _____

氏名 _____

受験番号 _____

(注)裏面の「注意事項」をよく読んでください。

【記入方法等】

- 1 受験申込書・受験票・写真票に必要事項を記入してください。
- 2 受験申込書・受験票・写真票の記載に誤りがあると、受験できなくなることがありますので注意してください。
- 3 「国籍等」欄は、1、2、3のうちいずれか該当する番号に○印をつけてください。
- 4 学歴の欄は、現在在学している学校も含め、受験職種に関係する学校は記入してください。
- 5 職歴の欄は、現在在職している勤務先も含め、受験職種に関係する職歴は優先して記入してください。
- 6 受験申込書の署名欄への署名及び日付の記載を忘れないようにしてください。
- 7 写真票の写真欄に指定された写真を貼ってください。
- 8 試験会場の準備に必要ですので、車いす等補装具の持ち込み使用を希望する人など、受験上の配慮を希望する人は、その内容を記入してください。
- 9 記載事項に不正があると受験が無効になる場合があります。
- 10 ホームページからダウンロードする場合は、郵便はがき程度の厚さのA4サイズの白い用紙に表面と裏面を両面印刷して使用してください。

◎ 受付期間は、令和4年6月27日（月）～令和4年7月15日（金）（※当日消印有効）です。

郵便はがき

(住所)

様方

様

高知市池2125番地1
高知県・高知市病院企業団
郵便番号 781-8555
電話番号 088 (837) 6760

注意事項

- 1 受験の申込みの際、試験成績開示請求書（点線より下）は記入の必要はありません。
- 2 申し込み後、送付された受験票から試験成績開示請求書を点線で切り離してください。
- 3 試験当日は、受験票（点線より上）を必ず持参してください。試験成績開示請求書は必要ないので保管しておいてください。
- 4 この請求書で開示を請求する場合は、合格発表日（令和4年8月22日（月）予定）の翌日から令和4年9月20日（火）までに、必要事項を記入のうえ404円切手を貼り、あて名を明記した返信用封筒（定型）を同封して、郵送してください。