

令和7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(特別募集①)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		受験番号 (記入しないでください)		国籍等	
視能訓練士				1 日本国籍 2 永住者 3 特別永住者	
ふりがな					資格・免許の名称
氏名			受験に必要な資格・免許等		取得(見込)年月日
生年月日	昭和 年 月 日生	性別			男・女
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 (最終学歴から順に記入)	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)				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 (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。	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
				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。
また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日
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7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(特別募集①)

令和7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(特別募集①)

写真票

試験区分	視能訓練士	
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。
(約4cm×ヨコ3cm程度)

受験票

試験区分	視能訓練士	
受験番号	(記入しないでください)	
ふりがな		
氏名		

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HB5~6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) 2 無 (会場の椅子に移って受験)

(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 _____

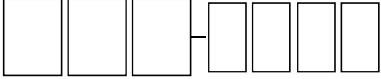
氏名 _____

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 受験票の裏面に受験票送付先の住所、氏名を記入し、必ず85円分の切手を貼ってください。
 - 8 写真票の写真欄に指定された写真を貼ってください。
 - 9 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。
 - 10 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。
 - 11 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8年2月9日(月)～令和8年2月16日(月)（※当日消印有効）です。

申込みの際に必ず85円切手を貼ってください。	郵便はがき	
	(住所)	<hr/> <hr/>

様方	<hr/> <hr/>
様	<hr/> <hr/>
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8年2月25日予定）の翌日から令和8年3月25日（水）までに、必要事項を記入のうえ460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。