

※受付印

市立大津市民病院職員採用試験受験願書

私は市立大津市民病院職員採用試験を受験したいので申し込みます。

職 種	言語聴覚士	※受験番号		写 真 欄	
ふりがな			男 ・ 女	写真は、6か月以内に撮影した脱帽、正面向き上半身のもので、ノリを全面につけてはってください。	
氏 名					
生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日 (歳)	令和 年 月撮影
現 住 所	〒 - (自宅電話 - -) (携帯電話 - -) (【必須】MAIL @)				
連 絡 先	〒 - (電話 - -)				

在学・在職期間	学 歴	職 歴
昭・平・令 年 月～ 年 月	<学歴>	高校卒業
昭・平・令 年 月～ 年 月		
昭・平・令 年 月～ 年 月		
昭・平・令 年 月～ 年 月	<職歴>	(雇用形態：)
昭・平・令 年 月～ 年 月		(雇用形態：)
昭・平・令 年 月～ 年 月		(雇用形態：)
昭・平・令 年 月～ 年 月		(雇用形態：)
昭・平・令 年 月～ 年 月		(雇用形態：)
昭・平・令 年 月～ 年 月		(雇用形態：)

取得年月日	資 格 ・ 免 許	取得年月日	資 格 ・ 免 許
昭・平・令 年 月		昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月		昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月		昭・平・令 年 月	

記入上の注意事項

- ※印欄を除き、下記注意事項に留意の上、すべての欄に記入してください。
- 黒ボールペン又は黒インキを使って、数字はすべて算用数字で記入してください。

【 氏 名 】

住民票記載の文字で記入してください。手書きの際は、はっきりと記入してください。

【 現 住 所 】

自宅電話あるいは携帯電話で連絡の取れる番号を記入してください。

MAILは必ず記入してください。

【 連 絡 先 】

【現住所】と同じ場合は記入不要です。

【現住所】以外に連絡を希望する場合のみ、記入してください。

【連絡先】に記入があった場合、その住所が合格通知等の送付先となるので注意してください。

【 学 歴 ・ 職 歴 】

(学歴について)

必ず学部、学科（高等学校においては学科等）まで記入してください。

「卒業」「卒業見込」「中退」等、もれなく記入してください。

(職歴について)

「在職中」「退職」等も記入してください。

雇用形態を「正規」「契約」「派遣」等、記入してください。

【 資 格 ・ 免 許 】

普通自動車運転免許も記載の対象となります。

資格、免許等の取得見込みについても記入してください。

- ★ 試験詳細は受験願書記入メールアドレス宛に、面接方法案内とともに試験日までに送信します。

〈申込に必要な書類〉

- ① 受験願書
- ② 面接カード
- ③ 卒業証明書又は卒業見込み証明書
- ④ 成績証明書
(令和7年3月に大学等を卒業見込かつ、令和7年3月31日時点で言語聴覚士免許を取得見込みの方)
- ⑤ 言語聴覚士免許 (写)
(言語聴覚士免許を取得している方)