

平成30年度（2018年度）
地方独立行政法人広島市立病院機構職員採用試験申込書

※受験番号

ふりがな	試験区分 理学療法士		性別	男 ・ 女
氏名			写真 (タテ5cm×ヨコ4cm)	
生年月日 昭和・平成 年 月 日生	年齢 〔 申込時ではなく、平成31年4月1日現在 〕 満 歳	1 申込みの際に最近3か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身の写真を貼ってください。		
現住所 〒 — — 方	Tel — — 携帯電話 — — E-mail :		2 写真の裏面に氏名を記入してください。	
連絡先（帰省先等、現住所以外の連絡先があれば必ず記入してください。）				
〒 — — — — — (帰省先 ・ その他 ())				
Tel — — — — —				
※上記以外で、緊急時等の連絡先があれば記入してください。				
同上 ・ Tel — — — — — 続柄 ()				

(申込書記入上の注意事項をよく読んでから記入してください。)

学 歴	学 校 名	学 部	学 科	所 在 地	在 学 期 間	修学区分
	最終（現在）				市・区 町・村	平成 年 月 ~ 平成 年 月
その前				市・区 町・村	平成 年 月 ~ 平成 年 月	卒 業 その他 ()
その前				市・区 町・村	平成 年 月 ~ 平成 年 月	卒 業 その他 ()

職 歴	勤務先（部課名まで）	職 務 内 容	所 在 地	勤 務 期 間
	最終（現在）			
その前				平成 年 月 ~ 平成 年 月
その前				平成 年 月 ~ 平成 年 月
その前				平成 年 月 ~ 平成 年 月
その前				平成 年 月 ~ 平成 年 月

資 格 ・ 免 許	名 称	取 得 年 月	名 称	取 得 年 月
			平成 年 月 取得 取得見込	
		平成 年 月 取得 取得見込		平成 年 月 取得 取得見込

希望勤務先を希望順に、1から4までの数字を記入してください。

広島市民病院 () 安佐市民病院 () 舟入市民病院 () リハビリテーション病院 ()

- 希望勤務先は、採用時の配属を行う際に参考とするもので、実際の配置は職員の欠員状況等により決定します。必ずしも希望に添うものではありません。
- また、採用後、各市立病院間で配置替えをすることがあります。

合格した場合の勤務開始可能年月	平成 年 月
-----------------	--------

