

令和8年度（2026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	<b>試験区分</b>		性別
氏名	(職務経験者対象) 理学療法士・作業療法士 ※いずれかを○で囲んでください。		男 ・ 女
生年月日 昭和・平成 年 月 日生	年齢	写真 (タテ5cm×ヨコ4cm)	
現住所 〒 ー ー 方		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。	
Tel ー ー	〔 申込時ではなく、 令和8年4月1日現在 〕	2 写真の裏面に氏名を記入してください。	
携帯電話 ー ー	満 歳	3 裏全面にのり付けし、はがれないようにしっかりと貼ってください。	
E-mail :			
連絡先（帰省先等、現住所以外の連絡先あれば必ず記入してください。）			
〒 ー ー			
Tel ( ) ー			

(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	昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	卒・卒見・中退・ __年在学中
その前			市・区 町・村	昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	卒 業 その他 ( )	
その前			市・区 町・村	昭・平・令 __年__月 ~ __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)			昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月
	その前			昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月
	その前			昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月
	その前			昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月
	その前			昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月

  

資 格 ・ 免 許	名 称	取 得 年 月	名 称	取 得 年 月
		昭・平・令 __年__月 取得 取得見込		昭・平・令 __年__月 取得 取得見込
		昭・平・令 __年__月 取得 取得見込		昭・平・令 __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 ( ) 北部医療センター  
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

令和 年 月

