

近江八幡市病院企業職員〔理学療法士〕採用試験受験申込書

ふりがな		*受験番号	
氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日生	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ふりがな			
現住所 または 連絡先	〒 —		
電話番号	() —		
最終学歴 (学校名)			
添付書類	資格証明証の写、その他 ()		

(* : 記入不要)

私は、近江八幡市病院企業職員採用試験を受験したいので、上記のとおり申し込みます。
なお、私は次のいずれにも該当しておりません。また、この申込書の記載事項に相違ありません。

- (1) 成年被後見人または被保佐人
- (2) 禁固以上の刑に処せられ、その執行が終わるまで、またはその執行を受けることがなくなるまでの者
- (3) 近江八幡市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- (4) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法またはその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党、その他の団体を結成しまたはこれに加入した者

平成 年 月 日

氏 名 _____ ㊞