

近江八幡市立総合医療センター会計年度任用職員
〔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	年 月 日生	
ふりがな		
現 住 所 または 連 絡 先	〒 ー	
電話番号	() ー	
最終学歴 (学校名)		年卒業 卒業見込み

(* : 記入不要)

私は、近江八幡市立総合医療センター 会計年度任用職員採用試験 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) 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人
- (2) 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人
- (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年を経過しない人

令和 年 月 日

氏 名 _____ ㊞