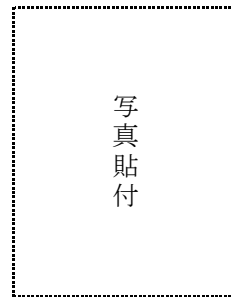




豊橋市民病院職員採用候補者試験申込書 (随時採用)

受験番号	<input type="checkbox"/> 理学療法士	第 号
------	--------------------------------	-----



6か月以内に撮影したもの

(3cm×4cm)

年 月 撮影

- ①国家資格の免許証の写し等資格を確認できるもの(裏書きのある場合は、裏面の写しも添付してください。)
 ②受験票(85円切手貼付し、宛先等必要事項を記入してください。)

フリガナ 氏名		性別		昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)*申込時現在	国籍(外国籍の方)
現住所 (書類送付先)	〒				
上記以外の 連絡先	〒				
Eメール アドレス		電話 番号	携帯	-	-
			自宅	-	-

年	月	日	学歴・職歴 ※学歴については高等学校卒業より記入のこと(学部・学科等も記入)
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		

※上記枠内に収まらない場合は、別紙添付でも可能

年	月	日	賞罰
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		

資格・免許	資格(免許)取得(見込)年月日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
趣味・特技	自覚している性格
豊橋市民病院へ就職を希望する理由	
自己PR(これだけは他人に負けないこと)	

上記のとおり関係書類を添えて受験申込みいたします。
 なお、私は地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当せず、また、平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告(心神耗弱を原因とするもの以外)を受けていません。
 また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

年 月 日

豊橋市長 長坂尚登 様

本人氏名(自署)

郵便はがき

85円
切手貼付

□□□-□□□□

(宛先)

(氏名) 様

〒441-8570 豊橋市青竹町字八間西50番地
豊橋市民病院 管理課採用・研修担当

注意事項

- ※印以外を必ず記入してください(上の宛先等も必ず記入してください。)
- 試験当日は、必ずこの受験票を持参してください。
- 試験当日は、HBの鉛筆、ボールペン、消しゴムを必ず持参してください。
なお、時計は計時機能だけのものに限りです。
- 病院内ではマスクの着用をお願いします。
- 受験票に受験番号、受付印のない場合は、直ちに申し出てください。
- 試験当日は、救急外来入口からお入りください。
- 試験当日は原則として試験終了まで会場からの外出は出来ません。
- 試験場内においては、自分の持ち物の保管に十分注意して、忘れ物等のないようにしてください。

豊橋市民病院 職員採用候補者試験
(随時採用)

受験票

※試験区分	※受験番号
■ 理学療法士	第 号

- 試験会場 豊橋市民病院
- 試験日 令和7年4月27日(日)、5月3日(土)
- 集合時間 8時 50分

住所	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生

豊橋市民病院 管理課採用・研修担当
(裏面の「注意事項」をよく読んでください。)