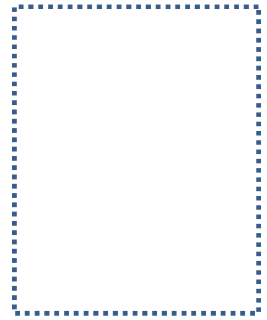


令和5年度 障害者を対象とした
高知県職員（県立病院）採用選考試験受験申込書



令和 年 月 日

試験区分（該当番号に○印）			
1 助産師		2 看護師	
ふりがな	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別
氏名	年齢	令和6年4月1日現在 (歳)	
現住所（寮・下宿・アパート等の場合には、何々方等まで詳しく記入してください。） (〒) 固定電話 () 携帯電話 ()			
※合格通知書等の送付先となります。			
連絡先（帰省先等）の住所（現住所と異なる連絡先がある場合は記入してください。） (〒) 固定電話 () 携帯電話 ()			
私は、令和5年度障害者を対象とした高知県職員（県立病院）採用選考試験受験案内に掲げ てある受験資格をすべて満たしています。また、この申込書のすべての記載事項に相違ありま せん。			
令和 年 月 日 (署名) 氏名			
※手帳等の種類、障害名、級別、交付機関、交付番号、交付・再発行年月日は、裏面に記 入してください。			

