

令和3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 薬剤師	2 診療放射線技師	3 臨床検査技師	4 理学療法士
5 作業療法士	6 言語聴覚士	7 臨床工学技士	8 管理栄養士
9 医療ソーシャルワーカー	10 心理判定員		
11 県立病院（診療情報管理士）	12 県立病院（医療情報技師）		
国籍等（該当番号に○印）			
1 日本国籍	2 永住者	3 特別永住者	
ふりがな	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別
氏名	年齢	令和4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 () <p style="text-align: right;">※合格通知書等の送付先となります。</p>			
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3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。			

