

令和6年度新潟市民病院職員採用試験【言語聴覚士・救急救命士】受験申込書

※試験案内に記載の「11. 受験申込み上の注意」をよく読んで記入してください。

ふりがな				受験番号	—		
氏名				写真を貼る 写真裏面に 氏名を記入 ※6ヶ月以内に撮影したもの ※写真がないと受験できません (縦4cm×横3cm程度)			
生年月日	昭和・平成	年	月			日生	
現住所	〒					TEL	-
合否通知先	〒					TEL	-
緊急連絡先	TEL	-	-	緊急連絡先氏名 (本人との続柄)			
学歴・学校名	学部・学科	在学期間		該当に○			
最終		年	月	～	年 月 卒・卒見込・中退		
その前		年	月	～	年 月 卒・中退		
その前		年	月	～	年 月 卒・中退		
現在の勤務状況 (該当に○)	有・無	有の場合 勤務先名称					
受験職種 (該当に○)	言語聴覚士A ・ 言語聴覚士B ・ 救急救命士						
私は試験案内の記載内容をすべて了承のうえ、新潟市民病院職員採用試験の受験を申し込みます。 なお、私は試験案内にあるすべての受験資格を満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。							
令和 年 月 日 氏名(自署)							
あなたは、この募集を何によって知りましたか。(該当する□に✓を付けてください。) <input type="checkbox"/> 市報にいがた <input type="checkbox"/> ホームページ(市・市民病院) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> その他()							

※車椅子等の使用により試験会場で配慮を必要とする方は、その旨を記入し、9月27日(金)までに新潟市民病院管理課(TEL:025-281-5151)までご連絡ください。

()

※受験資格に必要な資格免許・職務経験について、裏面に必ず記入してください。

受験票 令和6年度 新潟市民病院 職員採用試験 (言語聴覚士A 言語聴覚士B 救急救命士)	受験番号	—
	氏名	
	試験日	令和6年10月12日(土曜日)
	受付時間	: ~ :
	試験会場	

※受付時間に遅れると受験できませんのでご注意ください。

※試験案内に記載の「12 受験心得」をよく読んで受験してください。

※太線内について記入(受験票は氏名欄のみ記入)してください。

①資格免許等（必須：取得見込の場合「取得見込」に○）

名 称		取得年月	年 月	取得見込
名 称		取得年月	年 月	取得見込
名 称		取得年月	年 月	取得見込

②職 歴（職歴のある方のみ）

職務期間	勤務先名称 (部課係まで)	区分	職務内容 (詳細に記入してください)
年 月～ 年 月 (期間 年 月)		1 正規職員 2 その他 ()	
年 月～ 年 月 (期間 年 月)		1 正規職員 2 その他 ()	
年 月～ 年 月 (期間 年 月)		1 正規職員 2 その他 ()	
年 月～ 年 月 (期間 年 月)		1 正規職員 2 その他 ()	

【記入について】

- ・①は受験に必要な免許以外にも業務に有用な資格免許があればそちらも記入してください。
- ・②は直近のものから順に記入してください。
- ・言語聴覚士Bで申込の方は、小児リハビリテーションの経験の内容・期間が分かるように詳しく記入してください。