

地方独立行政法人長野県立病院機構  
令和5年度 言語聴覚士 採用試験申込書

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
現住所	〒
電話番号	自宅・携帯 ( ) -
Eメールアドレス	.....@.....

(写真貼付欄)  
縦4cm×横3cm  
・申込日前3か月以内に撮影したもの  
・正面、上半身、脱帽、無背景で本人であることが識別できるもの

受験資格に必要な免許・資格	取得日
言語聴覚士	年 月 日 取得・見込み

※受験資格に必要な免許・資格以外

学歴 (高校から記入)	学校名	学部・学科	所在地	区分	在学期間
				卒・卒見・中退 その他( )	年 月 ~ 年 月
				卒・卒見・中退 その他( )	年 月 ~ 年 月
				卒・卒見・中退 その他( )	年 月 ~ 年 月
				卒・卒見・中退 その他( )	年 月 ~ 年 月

職歴	勤務先	職務内容(詳細は職務経歴書へ記入)	勤務期間
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月

[配属を希望する病院]  
○第1希望 \_\_\_\_\_ (希望理由) \_\_\_\_\_  
○第2希望 \_\_\_\_\_ (希望理由) \_\_\_\_\_

[採用試験の受験状況(結果)や進学の手配]

私は地方独立行政法人長野県立病院機構職員(言語聴覚士)採用試験を受験したいので申込みます。  
私は受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日  
氏名(自署) \_\_\_\_\_