

# 地方独立行政法人山梨県立病院機構職員採用試験 申込書

<b>試験職種</b> <small>(受験する職種を○で囲むこと)</small>	<b>薬 剤 師</b>	<b>言語聴覚士</b>	受付番号 ※	
			受験番号 ※	

(写 真 欄)

○上半身、脱帽、正面向で、半年以内に撮影したもの。  
 ○写真の裏面に試験職種・氏名を記入しておくこと。  
 ○申込の時、必ず貼っておくこと。

(ﾀﾞｲ4.5cm × ﾖｺ3.5cm)

ふりがな				性別	男・女
氏 名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		令和6年4月1日現在で満 歳		
現住所	〒 (      -      ) ( ____方には世帯主等の名前を記入して下さい。 )				
	_____方				
	電話番号                      -                      -				
	携帯電話番号                -                      -				

連絡先 <small>(現住所以外の住所がある場合)</small>	〒 (      -      ) (緊急連絡時に必要です、現住所と同じ場合は、「同上」と記載してください。 ____方には世帯主等の名前を記入して下さい。 )				
	_____方				
	電話番号                      -                      -				

	学校名	学部・学科名	専攻学科	所在地	在学期間	修学区分 (○で囲む)
学 歴  (高等学校以後の学歴を順に記入してください。)	高等学校			都道府県	年 月 日から 年 月 日まで	卒 卒見込 ____年 退 年在学
				都道府県	年 月 日から 年 月 日まで	卒 卒見込 ____年 退 年在学
				都道府県	年 月 日から 年 月 日まで	卒 卒見込 ____年 退 年在学
				都道府県	年 月 日から 年 月 日まで	卒 卒見込 ____年 退 年在学

	資格・免許名	取得(見込)年月日	取得区分 (○で囲む)
資 格 免 許		年 月 日	取得済・取得見込
		年 月 日	取得済・取得見込
		年 月 日	取得済・取得見込

身体に障害があり、この試験を受験するのに介護などを必要とする場合は、その内容を記入してください。

.....

.....

私は、地方独立行政法人山梨県立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。  
 なお、私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。また、私は試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

令和 5年 月 日

氏名 (自筆) \_\_\_\_\_

- (記入心得)
- ① 各項目の質問にははっきり答えてください。黒か青のインク、ボールペンで丁寧に書き、該当の箇所を○で囲み、※印の欄を除くすべての欄にもれなく記入してください。
  - ② 受付期間終了後の試験職種の変更はできません。
  - ③ **記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。**
  - ④ 写真欄には必ず写真を貼っておくこと。(貼る前の写真の裏に氏名と試験職種を記載しておくこと。)

# 地方公務員法

## 第16条

次の各号のいずれかに該当する者は、条例で定める場合を除くほか、職員となり、又は競争試験若しくは選考を受けることができない。

- 一 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- 二 当該地方公共団体において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から二年を経過しない者
- 三 人事委員会又は公平委員会の委員の職にあつて、第六十条から第六十三条までに規定する罪を犯し、刑に処せられた者
- 四 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

※第二項における「当該地方公共団体」は、地方独立行政法人山梨県立病院機構及び山梨県を指すものとする。