

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

試験職種 (受験する職種を○で囲むこと)	管理栄養士	理学療法士	受付番号	
			受験番号	

ふりがな						性別	男・女
氏名							
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 令和9年4月1日現在で満 歳						
住所	〒 ()						
電話番号							
メールアドレス							
連絡先 (現住所以外の住所がある場合)	〒 () (方には世帯主等の名前を記入して下さい。)						
	電話番号 - - 方						
学歴 (高等学校以後の学歴を順に記入してください。)	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)	
	高等学校			都道府県	年 月から 年 月まで	卒 卒見込	年中退 年中退 年在学 年在学
				都道府県	年 月から 年 月まで	卒 卒見込	年中退 年中退 年在学 年在学
				都道府県	年 月から 年 月まで	卒 卒見込	年中退 年中退 年在学 年在学
				都道府県	年 月から 年 月まで	卒 卒見込	年中退 年中退 年在学 年在学
資格 免許	資格・免許名		取得 (見込) 年月日		取得区分 (○で囲む)		
			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おりません。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 8年 月 日 氏名 (自筆) _____							

- (記入心得)
- ① 各項目の質問に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、該当する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。

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 拘禁刑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。