

令和5年度任用 熊本県病院局会計年度任用職員採用試験 申込書 (裏面も要記入)

ふりがな 氏名	職 種	福利厚生手続事務補助 員	写 真 裏面に氏名と生年月日を記入した写真 をここにはってください。写真は申込み 前3か月以内に写したもので、上半身、 脱帽、正面向で本人と確認できるもの。 (縦3.5cm、横3cm程度)	
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 ( 才 [R5.11.1 現在の年齢])	業 務	福利厚生手続事務補助 等		
ふりがな 千 - 現住所	TEL (携帯を含む。)		-	-
ふりがな 千 - 緊急連絡先	TEL (携帯を含む。)		-	-
学歴 (最終学歴から新しい順に記入すること (中学校以前は記入不要))				
期 間	学校・学科名等	所在市町村名	卒業・卒見・在学中・中退等の別	
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				

右の部分を切り取り、はがれないよう郵便はがきに貼付し、申込書(両面)とともに提出してください。



令和5年度任用  
熊本県病院局会計年度任用職員採用試験  
(福利厚生手続事務補助員) 受験票

受験番号※ (記入不要)
氏名

試験の 令和5年12月1日(金)  
日 時 午前9時00分(着席)

試験の 熊本県立こころの医療センター  
場 所 (熊本市南区富合町平原391)  
(試験室) 管理・サービス棟2階会議室

※ 自家用車で来場の場合は、施設の外来用駐車場をご利用ください。

[注意: 受験の際に持参するものについて]

- ・受験票、筆記用具(鉛筆・消しゴム等)
- ・時計は、計時機能だけのものに限ります。

職歴（最終職歴から新しい順に記入すること）		
期 間	勤務先の名称、業種、職種等	所在市町村名
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		

免 許 ・ 資 格 等	
名 称（種 別）	取得年月
	年 月
	年 月
	年 月

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、また、この申込書のすべての記載事実に相違ありません。

令和 年 月 日 申込者氏名（自筆）\_\_\_\_\_