

ふりがな 氏 名	職 種 公認心理士	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 ( 歳 [R8.1.1 現在の年齢])	業 務 精神科病院における臨 床心理業務(デイケア業 務を含む)		
ふりがな 〒 - 現 住 所 TEL (携帯を含む。) - -			
ふりがな 〒 - 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7年度  
熊本県病院局育休等代替臨時職員採用試験  
(公認心理師) 受験票

受験番号※ (記入不要)
氏名

試験の 令和8年1月28日(水)  
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です。

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）\_\_\_\_\_