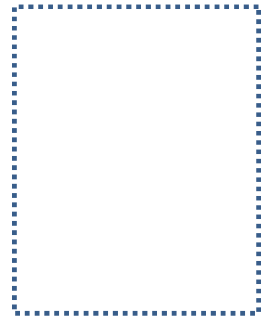


令和5年度 障害者を対象とした  
高知県職員（県立病院）採用選考試験受験申込書



令和 年 月 日

試験区分（該当番号に○印）			
1 薬剤師 2 診療放射線技師 3 臨床検査技師 4 理学療法士 5 作業療法士 6 言語聴覚士 7 臨床工学技士 8 管理栄養士 9 医療ソーシャルワーカー 10 心理判定員 11 県立病院（診療情報管理士） 12 県立病院（医療情報技師）			
ふりがな	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別
氏名	年齢	令和6年4月1日現在 ( 歳)	
現住所（寮・下宿・アパート等の場合には、何々方等まで詳しく記入してください。） (〒 - ) 固定電話 ( ) 携帯電話 ( ) <p style="text-align: right;">※合格通知書等の送付先となります。</p>			
連絡先（帰省先等）の住所（現住所と異なる連絡先がある場合は記入してください。） (〒 - ) 固定電話 ( ) 携帯電話 ( )			
私は、令和5年度障害者を対象とした高知県職員（県立病院）採用選考試験受験案内に掲げ た受験資格をすべて満たしています。また、この申込書のすべての記載事項に相違ありま せん。  令和 年 月 日 (署名) 氏名			
※手帳等の種類、障害名、級別、交付機関、交付番号、交付・再発行年月日は、裏面に記 入してください。			

