

令和7年度 市立札幌病院
理学療法士・言語聴覚士選考採用試験
受験申込書

試験区分（該当を○で囲む） 理学療法士 ・ 言語聴覚士	※受験番号
------------------------------------	-------

※受験番号の欄は記入不要

フリガナ		現住所（〒 ） 電話				写真貼付欄 (サイズは4cm×3cm) 申込前3か月以内に撮影した、前向き、無帽、上半身胸上のカラー写真。 (スナップ写真は不可) 眼鏡をかけて受験する方は眼鏡をかけている写真。 写真がない場合、又は不鮮明な場合は受理しません。 写真裏に氏名を記入のこと	
氏 名							
生年月日（令和8年4月1日現在 満 歳） 昭和 平成 年 月 日生 男 ・ 女		メールアドレス					
国 籍 日本 ・ 外国 （ ）		連絡先	緊急連絡先 氏 名 (受験者との関係)			電話	
学歴	学校名(最終の学校とその前の学校を記入)	学 部	学 科	所在市町村	在学期間	該当を○で囲む	備考
	最終(現在)				年 月 月 ～ 年 月 月	卒 業 卒業見込	
	その前				年 月 月 ～ 年 月 月	卒 業	

私は、このたび行われる市立札幌病院理学療法士・言語聴覚士選考採用試験を受験したいので申し込みます。また、私は、試験案内に掲げている受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載した事項に相違ありません。

令和 年 月 日

本人氏名
(必ず本人が署名してください)

(通信欄)

合格の通知は現住所あてに行きます。通知先についての要望、帰省期間等の連絡事項があれば記入してください。

(資格・免許等)

資格・免許の名称	取得（見込）年月日 (該当を○で囲む)
	昭和 平成 令和 年 月 取得 取得見込
	昭和 平成 令和 年 月 取得 取得見込
	昭和 平成 令和 年 月 取得 取得見込

(職歴)

勤 務 先 名	所 在 地	仕事の内容	該 当 を ○で囲む	期 間	職務経験期間
			退職・在職中	～ 年 月 月 年 月 月	年 カ月
			退職・在職中	～ 年 月 月 年 月 月	年 カ月
			退職・在職中	～ 年 月 月 年 月 月	年 カ月
			退職・在職中	～ 年 月 月 年 月 月	年 カ月
			退職・在職中	～ 年 月 月 年 月 月	年 カ月