

( 様式1 )

地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター職員〔看護師〕

採用試験受験申込書【随時採用】(受付票)

(※欄は記入の必要がありません。)

職 種	看 護 師	受験番号	※	
試験日				
( ふりがな ) 氏 名			性 別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)			
現住所	(〒 - )		電 話 ( )	
	方(下宿等の場合は必ず記入すること)		携帯電話 ( )	
連絡先等 (現住所以外に受験票等の送付を希望する場合に記入)	(〒 - )		電 話 ( )	
	方(下宿等の場合は必ず記入すること)		携帯電話 ( )	
看護師免許の有無 (申込日時点)	取得済 ・ 取得見込(昭・平 年 月)			
進学希望の有無	有 学校名( ) ・ 無			
他病院等の併願の状況	有 併願先( ) ・ 無			

(写 真 欄)

・縦4. 5cm×横3. 5cm  
(パスポート写真と同じ大きさ)  
・試験申込み前3か月以内に撮影したもの  
・上半身無帽、正面、無背景  
・カラー、白黒いずれでも可

私は、地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター職員採用試験を受けたいので、申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当していません。

- ① 成年被後見人又は被保佐人(準禁治産者を含む。)
- ② 禁錮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
- ③ 栃木県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過していない者
- ④ 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

平成 年 月 日

氏 名(自 署)