

|                                                                                         |           |       |                           |               |                   |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|---------------------------|---------------|-------------------|---------|
| 置賜広域病院企業団職員採用試験受験申込書                                                                    |           |       |                           |               | 職 種               | 精神保健福祉士 |
| ふりがな                                                                                    |           | 生年月日  | 昭和<br>平成      年    月    日 |               | ※ 受 験 番 号         |         |
| 氏 名                                                                                     |           |       |                           |               |                   |         |
| 住 所            (〒            ) (Tel            )                                        |           |       | 性別<br>男・女                 |               | 試験会場              |         |
|                                                                                         |           |       |                           |               | 公立置賜総合病院<br>大会議室等 |         |
| 試験結果連絡先 (〒            ) (Tel            )                                               |           |       |                           |               |                   |         |
| 学<br>歴                                                                                  | 学校(養成機関)名 | 学部・学科 | 期 間                       |               | 卒・卒見込             |         |
|                                                                                         | (現在・最終)   |       | 年 月   ~   年 月             |               | 卒<br>・<br>卒見込     |         |
|                                                                                         | (その前)     |       | 年 月   ~   年 月             |               | 卒<br>・<br>中退      |         |
| 職<br>歴                                                                                  | 勤 務 先     | 職務内容  | 所在地                       | 期 間           |                   |         |
|                                                                                         | (現在・最終)   |       |                           | 年 月   ~   年 月 |                   |         |
|                                                                                         | (その前)     |       |                           | 年 月   ~   年 月 |                   |         |
| 受 験 に 関 係 の あ る 資 格                                                                     |           |       |                           |               |                   |         |
| 名 称                                                                                     |           | 登録番号  |                           | 取 得 年 月 日     |                   |         |
|                                                                                         |           |       |                           |               |                   |         |
|                                                                                         |           |       |                           |               |                   |         |
| 私は、地方公務員法第16条のいずれにも該当しておりません。<br>また、申込書のすべての記載事実は事実と相違ありません。<br>年    月    日<br>氏 名(自 筆) |           |       |                           |               |                   |         |

(注) 1 性別、卒・卒見込欄は○で囲んでください。  
2 ※欄は記入しないでください。  
3 受験に関することで、特殊な事情がある場合は裏面に記入してください。

|      |  |
|------|--|
| ※受付日 |  |
|------|--|

|                 |         |
|-----------------|---------|
| 置賜広域病院企業団職員採用試験 |         |
| 受 験 票           |         |
| 職 種             | 精神保健福祉士 |
| ※受験番号           |         |
| ふりがな            |         |
| 氏 名             |         |

◎試験日時      令和8年9月27日(日)  
開 場    午前9時00分  
着席時間    午前9時20分

◎試験会場      公立置賜総合病院  
裏面の注意事項をお読みください

|         |       |               |
|---------|-------|---------------|
| 精神保健福祉士 | 種 目   | 時 間           |
|         | 日程説明  | 09:20 ~ 09:30 |
|         | 小論文試験 | 09:30 ~ 10:30 |
|         | 面接試験  | 別途指示します       |

※事前にWeb適性(性格)検査あり

|      |  |
|------|--|
| ※受付日 |  |
|------|--|

◎ 受験注意事項 ◎

- ・本票（受験票）を必ず持参してください。
- ・試験当日は、本票のほか筆記用具（HBの鉛筆、消ゴム等）を持参のうえ、定刻までおいでください。
- ・試験当日は、館内の案内表示及び係員の指示に従ってください。
- ・時計を持参する場合は、時計機能だけのものに限りです。
- ・昼食は、各自で準備いただくか、院内の売店等をご利用ください。
- ・ゴミは各自お持ち帰りください。
- ・感染拡大防止のため、マスクを着用して受験してください。

置賜広域病院企業団事務局総務課

〒992-0601

山形県東置賜郡川西町大字西大塚2000番地

Tel. 0238-46-5000

soumu@okitama-hp.or.jp

通 信 欄

受験に関することで、特殊な事情がある場合、記入してください。