令和8年度種子島産婦人科医院組合職員採用試験受験申込書

試験区分	（　一般事務職　）	高校卒以上	受験番号	※
ふりがな			性　別	（写真貼付） 写真は、最近１ヶ月以内に撮影したものとし、無帽で正面から上半身を写したものとします。 （カラー写真） （縦 4cm×横 3cm）
氏　　名	㊞			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生 （令和8年4月1日現在 満　　歳）			
現住所	（〒　　－　　）　（電話　　－　　－　　）			
連絡先 （書類等送付先）	（〒　　－　　）　（電話　　－　　－　　）			関係（下宿・自宅など）
連絡、案内等送付先（E-Mail アドレス）	＠			
障害者手帳をお持ちの方は記入して下さい。	障害の種類及び級 程度			

	学校名	学部・学科	在学期間（和暦）	卒・在学等区分
学歴	現在又は最終		年　月　日から 年　月　日	卒・卒業見込 年中退
	上記以前①		年　月　日から 年　月　日	卒　業 年中退
	上記以前②		年　月　日から 年　月　日	卒　業 年中退
	中学校		年　月　日から 年　月　日	卒　業 年中退
	小学校		年　月　日から 年　月　日	卒　業 年中退

資格・免許	

※欄は記入しないで下さい。　　**記入上の注意は裏面にありますので、よく読んで記入してください。**

≪　切　り　離　さ　な　い　こ　と　≫

※受付印

※受験票返送日
年　月　日

令和8年度種子島産婦人科医院組合職員採用試験受験票

試験区分	（　一般事務職　）	高校卒以上	受験番号	※
ふりがな				（写真貼付） 写真は、最近１ヶ月以内に撮影したものとし、無帽で正面から上半身を写したものとします。 （カラー写真） （縦 4cm×横 3cm）
氏　　名				
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生 （令和8年4月1日現在 満　　歳）			
試験日等 ： 令和8年10月25日（日） ＊書類選考通過者に文書にて時間・場所等を通知いたします。				

必ず両面印刷（長編綴じ）をして下さい。

私は、種子島産婦人科医院組合職員採用試験の受験申込をしますが、次の各号のいずれにも該当しておりません。

（1）日本の国籍を有しない者

（2）拘禁刑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）公務員の身分で、懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない者

（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

（地方公務員法第 16 条関係）

記載のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏　名　　印

確認の上、署名、押印してください。

記 入 上 の 注 意

1　記入事項に虚偽又は不正があると採用される資格を失うことがあります。

2　※印欄を除いて、**申込書及び受験票すべての欄にもれなく**インク又はボールペン（黒）を用い、楷書で丁寧に記入してください。**（すべて自筆で記入）**
なお、数字は算用数字で記入してください。

3　連絡先については、あなたに確実に連絡がとれるところを記入してください。
（携帯電話・携帯のメールアドレスをお持ちの方は、記入をお願いします。目的外の使用はいたしません。）

4　学歴は、小学校及び中学校も記入し、上記以前①②は、現在又は最終の学校以前から中学校までの間に該当がある直近のものを記入してください。

5　資格免許記入例　（普通一種、測量士、〇〇習字５段など）

6　写真は、2枚必要です。1枚は本書上部の受験申込書に貼り、他の1枚は本書下部の受験票に貼付して提出してください。（カラー写真）

《 受験注意事項 》

1　試験当日は、受付時刻までに受付を終えるように余裕を持っておいでください。
遅刻した場合は、原則として受験できません。

2　受付の際は、本票を受付に提示してください。