

理学療法士・言語聴覚士採用試験受験申込書

受験職種欄	【正規職員】 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 【任期付職員】 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士		
	※受験する職種、希望する採用形態の欄に○を記入して下さい。 ※正規職員、任期付職員のどちらも希望する場合は、受験する職種の両方に○を記入してください。		
フリガナ		性別	受験番号※
氏名		男・女	
生年月日	S・H 年 月 日生(平成28年4月1日現在 満 歳)	配偶者 有・無	扶養家族数 人
フリガナ	〒 TEL () - -		写真を貼ってください (4.0cm×3.5cm) 申請以前3箇月以内の 写真で上半身・無帽・正 面向
現住所 (通知先)			
フリガナ	〒 TEL () - -		
連絡先 (現住所以外に 連絡を希望する 場合)			
携帯電話			
E-mail	PC		
	Mobile		

※受験番号は記入しないでください。

学歴 最終学校から順 に記入(在学中 の学校名も記入 してください)	学校名/学部学科	在学期間(卒業見込期間も記入)	区分
		年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
	中学校	年 月から 年 月まで	卒業

職歴 (新しい職歴から 順に記入)	勤務先	在籍期間	担当業務
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	

資格免許	名称	取得(見込)年月日	区分
		年 月	取得・取得見込
		年 月	取得・取得見込

私は、理学療法士・言語聴覚士採用試験を受験したいので本書のとおり申し込みます。また、この受験申込書記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏名

印 (必ず署名・押印してください)

理学療法士・言語聴覚士採用試験自己申告カード

受験番号※	
氏名	

※受験番号は記入しないでください。

【希望勤務地】

希望勤務地	<input type="checkbox"/> 県立リハビリテーション中央病院(神戸市西区曙町)
	<input type="checkbox"/> 県立リハビリテーション西播磨病院(たつの市新宮町光都)
	<input type="checkbox"/> 社会福祉施設等(神戸市西区、朝来市和田山町他)
希望理由	

※この申告内容をもって、採用時の勤務地をお約束するものではありません。

【自己PR等】

自己PR			
当法人に入職したい理由			
今まで一番力を入れて取り組んで最も達成感を感じたこと			
自覚している性格			
趣味・特技			
クラブ活動	(高卒以上のクラブ活動歴)		
ボランティア 社会活動歴等	活動時期	活動内容	活動の中で印象に残っていること

平成27年度 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団

採用試験
受験票

受験 職種等		理学療法士 (正規職員)
		言語聴覚士 (正規職員)
		理学療法士 (任期付職員)
		言語聴覚士 (任期付職員)
受験番号	※	
(ふりがな) 氏名	-----	

(写真貼付欄)
この欄に必ず写真をはって下さい。
写真は4.0cm×3.5cm
上半身、脱帽、正面
向きで、申込前6ヶ月
以内のもの。

※受験する職種、希望する採用形態の欄に○を記入して下さい。
※正規職員、任期付職員のどちらも希望する場合は、受験する職種の両方に○を記入して下さい。

試験日	平成27年10月18日(日)
試験会場	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団事務局 〒651-2134 神戸市西区曙町1070 TEL 078-929-5655(代表)

受験の注意事項

- 1 受験の際は、この受験票及び筆記用具を持参して、定刻までにおいで下さい。
- 2 受付でこの受験票を提示した後、試験会場に入って下さい。
- 3 時計を持参する場合は、時計機能だけのものに限り、携帯電話を時計として使用することはできません。
- 4 試験中は、携帯電話の電源を切って下さい。
- 5 この受験票は、試験中に回収します。

- * 1 太枠のみ(受験職種、氏名、ふりがな)記入し、写真貼付欄に写真をはりつけて下さい。
- * 2 受験番号欄は記入しないで下さい。
- * 3 受験票は切り取らずに返送して下さい。