

(様式1)

(地独)栃木県立リハビリテーションセンター一般期限付職員採用試験申込書(受付票)

職 種			
(ふりがな) 氏 名			性別 男・女
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (満 歳)		
(ふりがな) 現住所	(〒 -)		電 話 ()
	方(下宿等の場合は必ず記入すること)		E-mail
(ふりがな) 連絡先等 (現住所以外に受験票等の送 付を希望する場合などに記 入)	(〒 -)		電 話 ()
	方(下宿等の場合は必ず記入すること)		E-mail

(写 真)

- ・申込み前3か月以内に撮影したもの
- ・帽子をとって正面から上半身を写したもので本人と確認できるもの
- ・縦4.5cm、横4.5cm程度のもの

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(民法の一部を改正する法律の規定により従前の例によることとされる準禁治産者を含む。)
- 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 栃木県職員又は栃木県立病院の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

印