（様式７）

**栃木県産休・育休代替職員（理学療法士等）採用選考試験申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 試験職種 | （ふりがな）氏　　　　名 | 生　年　月　日 |
| 理学療法士作業療法士言語聴覚士 |  | 昭和　　　　　年 　月　 日　生平成　　　　　　　　　　満　　　　歳 |
|  |
| 現　住　所 | 〒　　　　－（下宿の場合は同居先、アパート名、部屋番号等を必ず記入してください。） | 電　　　話 |
| 　　（　　　） |
| 呼出（　　　方） |
| 連　絡　先 | 〒　　　　－（現住所と同じ場合は『同上』と記入してください。） | 電　　　話 |
| 　　（　　　） |
| 　　私は、この試験の案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載したことは事実と相違ありません。　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　氏　名（自署）　　　　　　　　　　　　　印 |  |
| ※受付年月日 |
| ※受験番号 |

　※欄は記入の必要はありません。