（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。