令和8年度　西臼杵医療センター職員採用試験受験申込書

履　　歴　　票

職　種	※受験番号	受験団体名
言語聴覚士 （　E　）		西臼杵広域行政事務組合

フリガナ	生年月日
氏 名	昭　和 平　成　　年　　月　　日生 （　令和9年4月1日現在　満　　歳　）

現住所（寮、下宿、アパート等の場合には、建物の名称、同居先等を都道府県から明確に記入。）

（〒　　－　　）　（TEL　　－　　－　　）（携帯　　－　　－　　）

連絡先（現住所と同じ場合には記入不要。）

（〒　　－　　）　（TEL　　－　　－　　）（携帯　　－　　－　　）

◎ 免　許・資　格　（資格・試験の必要な試験申込者は必ず記入）

取得（見込み）年月日			資格・免許の名称
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	

※ 受付印

※印欄は、記入不要。

（裏　面）

◎学　歴　・　職　歴　（中学卒業から記入）

年	月	日	履　　歴
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	

○ 受験の際の要望事項

○ 西臼杵医療センターを志望した動機及び自己PR

【注意事項】

(1)　記載事項に不正があると、公務員として採用される資格を失うことがあります。
(2)　※印欄以外は、各票ともももれなく記入して下さい。
(3)　記入は、黒のボールペンを使用し、かい書ではっきり書いて下さい。
　　数字は、算用数字を用いて下さい。
(4)　資格・免許が必要な試験は、その資格・免許が取得できない場合は採用されません。
(5)　「受験の際の要望事項」欄には、「車いす使用のため段差の解消を希望」など、
　　受験に際して要望のある場合にその内容を記入してください。
(6)　受験票は受付締切後送付します。

受　験　票

令和8年度　西臼杵医療センター職員採用試験

職種	※受験番号
言語聴覚士 （　E　）	
受験団体名 西臼杵広域行政事務組合	生年月日 昭和 平成　　年　　月　　日生 令和9年4月1日現在　満　　歳
フリガナ	
氏名	

1　試験日

令和 8年 11月 7日(土)　　受付開始　12：30
　　試験開始　13：10

2　試験会場

高千穂町国民健康保険病院（会議室）

宮崎県西臼杵郡高千穂町大字三田井４３５番地１

写真票

令和8年度　西臼杵医療センター職員採用試験

職種	
言語聴覚士 （　E　）	
受験団体名 西臼杵広域行政事務組合	※受験番号
フリガナ	
氏名	

ﾀﾃ4.0cm×ﾖｺ3.0cm

（写真例）

・申込前3箇月以内に撮影したもの
・写真の裏に氏名を記入。
・脱帽、正面向きのもの

令和　年　月撮影

※確認欄

1
2
3
4

～～～～～～受験の心得～～～～～～

1　試験当日は必ず試験開始20分までに試験場に来て、受付で「受験者のみなさまへ」を入手してください。遅刻者は原則として受験できません。
2　受験の際は必ずこの受験票、筆記用具を持参してください。受験票を持参しなかった受験者は、受験をお断りします。
3　受験票を汚したり、折り曲げたりしないでください。
4　携帯電話を時計代わりに使用することはできません。
5　敷地内は全面禁煙です。
6　感染症対策を心掛け、試験当日はマスクの着用をお願いします。

※不正行為者は直ちに退場を命じます。

※担当係員の指示をよく聞いて行動して下さい。