

平成29年度

公益財団法人沖縄県保健医療福祉事業団職員採用試験受験申込書

		※	職務基礎力試験	適性検査	※受験番号		
		出					
		欠					
ふりがな				試験区分			
氏名				臓器移植コーディネーター			
生年月日		年齢(平成30年4月1日現在)		性別		写真添付 (縦4cm×横3cm) ・写真の裏面に氏名を記入して貼り付けてください ・申込み前3か月以内に撮影したもの 脱帽・正面向きのもの ・本人と確認できるもの	
昭和・平成 年 月 日		満 歳		男・女			
現住所(〒 -)							
TEL ① () - TEL ② () -							
連絡先(〒 -) ※ 現住所と同じ場合は、不要です。				TEL () -			
学歴	学 校 名		学 部 科 名		在 学 期 間		該当欄を○で囲む
	現在(最終)		学 部		年 月 ～ 年 月		卒業 卒業見込み 学年 在学中 中 退
			学 科				
	その前				年 月 ～ 年 月		卒業 上記に編入学 学年 中 退
<p>私は、次に掲げる各号のどれにも該当していません。</p> <p>(1) 成年被後見人又は被保佐人(準禁治産者を含む。)</p> <p>(2) 禁錮以上の刑に処され、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</p> <p>(3) 日本国憲法施行の日以後において、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</p> <p>この申請書のすべての記載事実に相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申込者氏名 (自筆) 印</p>							