

神奈川県職員採用選考申込書

選考区分
医師（小児科）

ふりがな ----- 氏名	生年月日 昭和 平成 年 月 日生
現住所 (〒) 電話 () 携帯電話 ()	外国籍 (外国籍の人のみレ点を <input type="checkbox"/> 記入してください。)
<p>・私は、神奈川県職員採用選考を受けたいので申し込みます。</p> <p>・私は、当該選考のお知らせに掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書及び別紙履歴書等の記載事項に相違ありません。</p> <p>(この欄は、本人が自筆で記入してください)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏名 _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <p>写真貼付 縦4cm×横3cm ※上半身・脱帽・正面向きの、本人と確認できるもの 裏面に氏名を記入</p> </div>	

※ 次のいずれかに該当する人は、受験できません。

- 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人
- 神奈川県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- 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人
- 平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている人（心神耗弱を原因とするものを除く。）

整理番号	*	受付年月日	*	年	月	日
------	---	-------	---	---	---	---

*欄には、記載しないでください。