

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		生年月日	
氏名		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 ☐ 記入してください。)	
電子メールアドレス			
資格・免許			
名 称		取得年月日	
医師免許		年 月 日	
・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。 ・私は、受験案内に記載の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。 (この欄は、本人が自筆で記入してください) 令和 年 月 日 氏名 _____ 写真貼付 縦4cm×横3cm ※6か月以内に撮影。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			

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。