

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 (〒)		外国籍 (外国籍の人のみレ点を ☐ 記入してください。)	
電話 () 携帯電話 ()			
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		
・次の事項（特定性犯罪事実該当者ではないこと等）を申告します。 私は、令和8年12月25日施行予定のこども性暴力防止法（学校設置者等及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律（令和6年法律第69号））第2条第8項に規定する特定性犯罪事実該当者ではありません。 ※上記法令の参照条文は以下のURLからご確認ください。 https://www.pref.kanagawa.jp/docs/s3u/saiyou/bousihoujyobun.html ☐はい ☐いいえ (該当するほうにレ点を記入してください。)			
・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。