

# 神奈川県職員採用選考申込書

選考区分  
医師（精神科）（第2回）

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。)
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
<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、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>	
<p>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</p>	

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。