

# 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 <input type="checkbox"/> 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		
<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、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。</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 style="text-align: center;">写真貼付</p> <p style="text-align: center;">縦4cm×横3cm</p> <p>※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</p> <p style="text-align: center;">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。