

# 岩見沢市職員(医療職)採用候補者試験受験申込書(令和8年度採用)

**写 真**  
 (縦4cm横3cm)  
 ※ 申込前3か月以内に撮影した脱帽・上半身・正面向きの写真。  
 ※ 受験票にも同じ写真を貼付すること。  
 ※ 写真の裏に氏名を記載すること。

1 受験区分 (該当する職種名を○で囲むこと。)		受験番号 (記入不要)			
理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士					
2 氏名	ふりがな	男 ・ 女	3 生年月日		
		昭和・平成 年 月 日生 (令和8年4月1日現在 満 歳)			
4 現住所等 ※ 下宿名、アパート名等まで記入すること。 ※ 連絡先は現住所以外に帰省地等の連絡先がある場合記入すること。	(現住所) 〒	電話	- -		
		携帯電話	- -		
	(連絡先) 〒	電話	- -		
5 最終学歴等 ※ 中学校以上の学歴を記入し、学部・学科等は省略しないこと。 ※ 上記受験区分の学校を卒業後、専門学校または大学院に進学した場合、最下段に記載すること。	学校	学部名	学科名等	修学期間	備考
	中学校			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業
	高等学校			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
	高等専門学校・短期大学			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
	大学			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
				自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
6 職歴 ※ 在学中及び卒業後のアルバイト期間、無職等の期間も記載すること。 (記載欄が足りない場合は別紙(様式任意)に記載すること。)	会社名	職務内容	在職期間	区分	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	その他・無職	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	その他・無職	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	その他・無職	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員	
		自平・令 年 月 至平・令 年 月	その他・無職		
7 資格免許	名称	取得年月日	資格免許取扱機関		
私は、岩見沢市職員(医療職)採用候補者試験を受験したいので申込みいたします。					
私は、岩見沢市職員(医療職)採用候補者試験実施要領 2の(2)各号のいずれの規定にも該当しておりません。					
上記記載事項は真実かつ正確であります。					
令和 年 月 日		氏 名			

(注意)

- 必ず受験者本人が記入してください。なお、記入事項に不正があると受験資格を失います。
- 黒のボールペン又はインクで、漏れなく丁寧に記入し、数字は算用数字を用いてください。
- 通学等のため下宿等をしている場合は、連絡先も併記してください。
- 該当のない箇所は「なし」と明記してください。
- 受験番号は記載しないでください。
- 身上報告書・受験票を添えて提出してください。