

**令和元年度宮崎県言語聴覚士選考採用試験  
申込書**

注：受験番号欄は記入不要です。

写真貼付

- ・4 cm × 3 cm
- ・申込前2か月以内に撮影した脱帽、正面向きで、本人と明瞭に確認できるもの
- ・写真裏面に氏名を記入
- ・カラー写真

試験種類	言語聴覚士	希望の 受験場	※いずれかに○をつけてください。  宮崎市 ・ 福岡市
受験番号			
ふりがな (自署) 氏名		男 ・ 女	生年月日・年齢 (R2.4.1 現在) 昭和 年 月 日生 (満 歳) 平成
現住所	〒 ー		電話番号 ー ー 携帯 ー ー メールアドレス (必須) @
その他 連絡先	〒 ー	※現住所と同様の場合は記載不要	@  ※適性検査 (WEB 受検) の受検案内を送付するため、 メールアドレス (携帯電話以外) を記入すること。
学歴 (中学校以上)	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	在 学 期 間
	中学校	ー	年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
職歴 (所属部署まで記入)	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
資格・免許	年 月	言語聴覚士免許	取得・取得見込
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

(注1) 学歴・職歴については、できる限り空白期間がないように記入すること (専門学校の在学期間や在学期間等についても記入すること)。

(注2) 職歴については、病院 (会社) 名のみならず、診療科 (所属部署) まで記入すること。

# 面接カード

注：受験番号欄は記入不要です。

令和 年 月 日 現在

試験種類	言語聴覚士	氏名	ふりがな										
受験番号													
[他の試験の受験状況] <input type="checkbox"/> 下記試験を受ける(受けた) <input type="checkbox"/> 宮崎県職員採用試験のみ(理由)		<input type="checkbox"/> 独立行政法人国立病院機構 ( <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> その他の公立病院 ( <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> 大学附属病院 ( <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> 民間病院 ( <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> 進学予定 ( <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 ) ( <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> その他 )											
[志望動機]													
[課外活動(部活動、生徒会活動、スポーツなど)] ※中学校以後の活動を記載													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>時期</th> <th>活動の内容</th> <th>備考(務めた役職、公式戦での戦績、実績など)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					時期	活動の内容	備考(務めた役職、公式戦での戦績、実績など)						
時期	活動の内容	備考(務めた役職、公式戦での戦績、実績など)											
[ボランティア]			[趣味]										
[最近関心を持った事柄]													
[自己PR]													

(注) □については、該当するものにレ印をつけること。