

大分県職員（医師（精神保健指定医））採用候補者選考申込書

(写 真)	私は、大分県職員（医師（精神保健指定医））採用候補者選考を受験したいので申し込みます。なお、私は選考募集要領に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。			
	受験番号欄を除く該当欄の全てに記入してください。（□欄には✓を記入してください。）			
※申込時に必ず貼ってください。	職 種 医師（精神保健指定医）	令和 年 月 日 記入 ※受験番号（記入不要）		
(ふりがな) 氏 名		国籍等 ※外国籍の場合は以下も記入してください。 ☐ 日本国籍 ☐ 外国籍 国籍 在留資格		
生年月日 昭和・平成 年 月 日生				
合格通知等のあて先 [〒 -]				
[電話 () -] [携帯電話 () -]				
上記以外の連絡先 [〒 -]				
[電話 () -] [携帯電話 () -]				
学 歴 : 学 校 名		学部・研究科	学科・専攻	在学期間
高等学校				年月～年月 ～ 卒業・修了 ☐ 卒業 ☐ 卒見 ☐ 中退
大学				～ ☐ 卒業 ☐ 卒見 ☐ 中退
大学院				～ ☐ 卒業 ☐ 卒見 ☐ 中退
養成学校・その他				～ ☐ 卒業 ☐ 卒見 ☐ 中退
職 歴 : 会 社 名		部 ・ 課 名	担当業務	在職期間
				年月～年月 ～
				～
				～
取得(見込)年月日	免 許 名			
・				
・				
・				