

兵庫県産休・育休代替職員（保健医療部健康増進課）登録試験 受験申込書

（記入日：令和 年 月 日）

希望職種	歯科衛生士
受験番号 ※この欄は記入しない	

写真貼付欄

サイズ 縦4cm×横3cm
（裏面に名前を記入）

申込6ヶ月以内に撮影
上半身脱帽正面向

(ふりがな) 名前	ひょうご はなこ 兵庫県 花子	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他
生年月日 (昭和・平成)	3年 7月 1日生 (令和7年4月1日現在満 33歳)	※性別は自認している性別で構いません。男女を選択し難い場合は、その他を選択してください。(試験の結果に影響するものではありません)

(ふりがな) こうべしちゅうおうくしもやまてどおり	
現住所(〒650-8567) 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号	
電話 078 - XXXX - XXXX	携帯電話 080 - XXXX - XXXX
E-mail hyogo_taro@****.ne.jp	

(ふりがな)	
現住所(〒 -) ※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入	
電話 - -	携帯電話 - -
E-mail @	

【勤務希望地域】

① 本庁・神戸 ② 阪神南 ③ 阪神北 ④ 東播磨 ⑤ 北播磨

⑥ 中播磨 ⑦ 西播磨 ⑧ 但馬 ⑨ 丹波 ⑩ 淡路

※受験地域以外の地域からも採用の連絡をさせていただく場合がありますので、勤務を希望する地域に○を記入(複数選択可)

【受験資格の確認】 ※下記に該当している場合は口に✓を記入

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しておりません。
また、受験資格を満たしており、申込書記載事項に相違ありません。

