

社会福祉法人 かがわ総合リハビリテーション事業団 令和8年度採用職員試験申込用紙

年度		試験区分					氏 名				※受験番号	
0	8	歯科衛生士					フリガナ					
							漢 字					
生 年 月 日		昭和 平成		年		月		日	※性 別		※「性別」欄：記載は任意です。	
メールアドレス												
現 住 所 (下宿先等：アパートの室番号、何々方等まで詳しく記入してください。)											合格通知送付先 (いずれかにレ印) ☐ 現住所に送付希望	
〒 - 都 道 府 県												
Tel 自宅 () - 携帯 () -												
連 絡 先 (現住所と異なる場合のみ記入してください。)											☐ 連絡先に送付希望	
〒 - 都 道 府 県												
Tel 自宅 () -												
学 歴……現在又は最終の学歴とその前一つ(専修学校を含む。)を記入してください。												
学 校 名			学部・学科名			在 学 期 間				卒業・卒業見込等の別		
現在又は最終						元号		年		月	から	☐ 卒業・修了 ☐ 卒業・修了見込 ☐ 在学中(学年) ☐ 中 退(学年)
						元号		年		月	まで	
その前						元号		年		月	から	☐ 卒業・修了 ☐ 中 退(学年)
						元号		年		月	まで	
(注意) 1 この欄には必ず申込日を記入し、自筆で署名してください。(押印は不要です。) 2 申込書の記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。 私は、採用職員募集案内に掲げてある、この試験に必要な受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載した事項は事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏 名 (自筆)												
(記入心得) 1 ※印欄を除くすべての欄にもれなく記入してください。 2 記入にはすべて黒か青のインク又はボールペンをうい、かゝ書でていねいに書いてください。 3 数字は算用数字を用い、該当する口の中にレ印をつけてください。						※係員印		※受付年月日 令和 年 月 日		※受付番号		

※ 切り取らないでください

社会福祉法人かがわ総合リハビリテーション事業団 令和8年度採用職員試験受験票

※受付番号

試験区分 歯 科 衛 生 士	※性 別
氏 名	
※受験番号	※「性別」欄：記載は任意

写 真 欄

- 最近6か月以内に撮影したもの
(上半身・脱帽・正面向き・縦4cm
横3cmで本人と確認できるもの)
を貼付してください。
- 第1次試験の当日、写真のない場合は受験できません。**
- はがれることがありますので、写真の裏に氏名を記入しておいてください。

(令和 年 月撮影)

(受 験 心 得)

- 当日は本票を持参してください。
- 携帯電話・PHS等は、試験室に入る前に電源を切ってください。

【試 験 日】 令和7年11月10日(月)午 後(予 定)
【受付時間】 個別案内
(遅刻した場合は、原則として受験できません。)
【試 験 場】 かがわ総合リハビリテーションこども支援施設
付属棟 講堂
【問合せ先】 〒761-8057
香川県高松市田村町1114番地
社会福祉法人かがわ総合リハビリテーション事業団
事務部 総務課 堀家
電話(087)867-6008