

(出願票様式)

## 出 願 票

私は、滋賀県医師(小児科)採用選考を受験したいので申し込みます。  
なお、私は、次のいずれにも該当いたしておりません。また、この出願票の  
記載事項に相違ありません。

- (1) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでまたはその執行を受けることがなくなる  
までの者
- (2) 滋賀県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- (3) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法またはその下に成立した政府を暴力で  
破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、またはこれに加入した者

ふりがな			性別	
氏名				
生年月日	年	月	日生	
住所	郵便番号	—		
電話	—	—		
試験区分	医師 (小児科)			
医師免許取得年月	年	月	取得	

注 氏名欄は必ず自署してください