

(出願票様式)

## 出 願 票

私は、滋賀県職員(臨床検査担当医師)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			
氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日生
住所	郵便番号	—	
電話番号 (日中の連絡先)	— —		
試験区分	臨床検査担当医師		
医師免許取得年月 <sup>※</sup>	年 月 取得		

注 氏名欄は必ず自署してください。

※ 元号で記入してください。