

令和6年度佐賀県立学校学校理療科教諭
採用選考試験 受験申込書

受験番号

※

(ふりがな) 氏名	昭和・平成 年 月 日生	年齢	満 歳 (令和6.4.1現在)	性別	
連絡先住所	郵便番号()	電話 携帯 自宅			
令和6年3月以降の連絡先	郵便番号()	電話			
最終卒業学校	学校名		学部専攻科名		
	卒業(修了)年月日				
	昭和・平成・令和 年 月 日 卒業 卒業見込 (修了) (修了見込)				
	教育職員免許状 (取得見込は備考欄にその旨記入してください。)				
種別	教科	番号	授与年月日	授与権者	備考
現在、正規の理療科教諭の職にある者は、その勤務年数を記入してください。				年	月
資格や特技を書いてください。(5つ以内)					
自分の特徴(自己PR)を簡潔に書いてください。					
身体に障害等がある方で、受験の際の配慮希望等があれば書いてください。					
採用選考試験において不合格となった場合、各試験内容の得点及び成績ランクの通知をします。通知を希望しない場合のみチェックしてください。記入例：☑			チェック <input type="checkbox"/>	希望しない	
臨任寄宿舎指導員の任用希望について、任用を希望しない場合のみチェックしてください。記入例：☑			チェック <input type="checkbox"/>	希望しない	

(注) ○ ※受験番号の欄は記入しないでください。

○ 教育職員免許状の授与権者は、免許状を交付した都道府県教育委員会を記入してください。