

(出願票様式)

## 出 願 票

私は、令和2年度滋賀県職員（公衆衛生医師）採用選考第1次考査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) 成年被後見人または被保佐人（準禁治産者を含む。）
- (2) 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
- (3) 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
- (4) 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

氏 名 <small>ふりがな</small>	生年月日 年 月 日生	性別
住 所 〒 ー		
電話番号 ー ー		
医師免許 登録年月日 年 月 日 登録番号 第 号		

注 氏名欄は、必ず自署してください。