

※受験番号

記入日： 年 月 日

志 願 理 由 書

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院長 殿

施設名：

氏 名：_____

※PC 等で入力する際は、ホームページよりダウンロードしてください。

※※欄は記入しないでください