

十和田市病院職員採用試験受験申込書

受験職種	看護師 ・ 薬剤師 ・ 臨床検査技師 ・ 臨床工学技士 ・ 理学療法士 ・ 言語聴覚士 (いずれかを○で囲むこと)			
フリガナ氏名		性別	(写真欄) ・写真は6か月以内 に撮影したもの ・縦4cm,横3cm 程度 ・本人正面の顔写真 ・しっかり、のり付け	
		男 ・ 女		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 満 歳			
連絡先	平日連絡可能な電話番号・メールアドレスをご記入ください。 TEL : アドレス :			
現住所	〒 - アパート等の場合は、室番号まで記入してください。			
学歴	学校名	学部・学科・専攻	修学期間	○で囲む
	中学校		年 月から 年 月まで	卒業
			年 月から 年 月まで	卒業・見込・ 中退
			年 月から 年 月まで	卒業・見込・ 中退
			年 月から 年 月まで	卒業・見込・ 中退
			年 月から 年 月まで	卒業・見込・ 中退
1 今まで教育を受けた中学校以上の一切の教育機関について、年代順に記入すること。 2 中途退学の場合には、その理由と退学当時の学年を記入すること。 3 休学期間がある場合には、その期間及び理由を記入すること。				
職歴 (現職及び 主なもの)	勤務先の名称	職務内容	在職期間	雇用形態
			年 月から 年 月まで	常勤・非常勤
			年 月から 年 月まで	常勤・非常勤
			年 月から 年 月まで	常勤・非常勤
職種に係る 資格・免許等	資格・免許等	取得区分		
		□取得済み (H・R 年 月) □取得見込み		
		□取得済み (H・R 年 月) □取得見込み		
私は病院事業職員募集要項に掲げる受験資格をすべて満たしており、 この申込書のすべての内容は事実と相違ありません。				
令和 年 月 日 氏 名 (自署)				