



掛川市・袋井市病院企業団立
中東遠総合医療センター職員採用試験

受験申込書兼履歴書

※受験番号

※受付年月日

受験職種（受験を希望する職種に○）				記載日		(写真貼付欄) タテ 4.5 cm×ヨコ 3.5 cm 1. 正面、上半身、脱帽、無背景で、本人であることが完全に識別できるもの 2. 試験日前3ヶ月以内に撮影したもの 3. 写真の裏面に氏名を記入すること 平成 年 月 日撮影
助産師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・臨床工学技士(経験者) 事務職員(一般)・事務職員(経験者A)・事務職員(経験者B)				平成 年 月 日		
ふりがな		性別	生年月日			
氏名		男・女	昭・平	年 月 日	(満 歳)	
現住所（アパート名等詳しく記入してください。）						
〒 - Tel () -						
E-mail @						
現住所以外の連絡先（帰省先等）						
〒 - Tel () -						
学 歴	入学、卒業(見込み)年月		学 校 名		学部・学科	所在地(市町村名まで)
	昭・平 年 月 入学	昭・平 年 月 卒業	中 学 校			
	昭・平 年 月 入学	昭・平 年 月 卒・卒見込・中退	高 等 学 校			
	昭・平 年 月 入学	昭・平 年 月 卒・卒見込・中退	専 門 学 校 短 期 大 学 大 学			
	昭・平 年 月 入学	昭・平 年 月 卒・卒見込・中退				
職 歴	就職期間		会社等の名称		所在地(市町村名まで)	職務内容・雇用形態
	昭・平 年 月 から	昭・平 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平 年 月 から	昭・平 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平 年 月 から	昭・平 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平 年 月 から	昭・平 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平 年 月 から	昭・平 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平 年 月 から	昭・平 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平 年 月 から	昭・平 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)

記入上の注意 黒インクのボールペン又は万年筆を使用し、文字は楷書で、数字は算用数字で記入してください。

資格・免許	資格・免許名称(正式名称)	取得年月日等		交付機関名
		昭・平	年 月 日(取得・取得見込)	
		昭・平	年 月 日(取得・取得見込)	
		昭・平	年 月 日(取得・取得見込)	
		昭・平	年 月 日(取得・取得見込)	
		昭・平	年 月 日(取得・取得見込)	
得意学科		趣味・特技		
スポーツ		健康状態		
志望理由	-----			

自己PR	-----			

添付書類	<p>※提出する際に必ず確認し、<input type="checkbox"/>欄にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 1 最終学校卒業(見込)証明書又は卒業証書の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 2 成績証明書(最終学校)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 受験職種の資格免許証の写し(資格見込みの人及び事務職員は不要)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 官製はがき</p>			
<p>私は、掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター職員採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。 この受験申込書兼履歴書のすべての記載事項は、事実と相違ありません。また、申し込み後に記載事項に変更が生じた場合は、速やかに担当係に連絡いたします。</p> <p>平成 年 月 日 (本人署名) _____</p> <p>※ この申込書に記載された情報は、この採用試験の円滑な遂行のためのみ用い、それ以外の目的には一切使用しません。</p>				