



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

薬剤師 ・ 診療放射線技師 ・ 臨床工学技士  
社会福祉士 ・ 事務職員(一般) ・ 事務職員(経験者)

平成 年 月 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

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		中 学 校		
昭・平	年 月 卒業					
昭・平	年 月 入学		高 等 学 校			
	年 月 卒・卒見込・中退					
昭・平	年 月 入学		専 門 学 校 短 期 大 学 大 学			
	年 月 卒・卒見込・中退					
昭・平	年 月 入学					
	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)

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>				