



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		記載日		(写真貼付欄) タテ 4.5 cm ×ヨコ 3.5 cm
歯科衛生士		(西暦) 年 月 日		
ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	(西暦) 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 - - 携帯電話 - -				
E-mail @ ※SPI検査の案内が届くようにしてください。				
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)
	年 月 入学 年 月 卒業	中 学 校		
	年 月 入学 年 月 卒・卒見込・中退	高 等 学 校		
	年 月 入学 年 月 卒・卒見込・中退	専 門 学 校 短 期 大 学 大 学		
	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
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
賞罰	年 月			
	年 月			

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。  
学歴、職歴等は西暦で記入してください。

	資格・免許名称(正式名称)	取得年月日等	交付機関名
資格・免許		年 月 日(取得・取得見込)	
		年 月 日(取得・取得見込)	
		年 月 日(取得・取得見込)	
		年 月 日(取得・取得見込)	
		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(資格見込みの人は不要)</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。</p> <p>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。</p> <p>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>(西暦)            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にのみ用い、それ以外の目的には一切使用しません。</p>
---