

 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			
助産師(経験者)・看護師(経験者)			(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)			
(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 (西暦) 年 月 日撮影						
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。

