

玉野医療センター職員採用試験受験申込書

試験区分	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士			受験番号	※		写真 (縦5cm×横4cm) 1 申し込みの際に写真を貼ってください。 2 写真は最近6か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身のものとし、全面に糊を付けて貼ってください。 3 写真の裏面に氏名と生年月日を記入してください。
	氏名	(フリガナ)			性別	男 ・ 女	
生年月日	平成 昭和 日生	年	月	国籍	日本国籍 ・ 外国籍		年 月 撮影
現住所	〒 () 方 () (推世電話)						
他連絡先	(現住所以外の連絡先に連絡・送付等を希望する場合) 〒 () 方 () (推世電話)						
学歴	学校名 (高等学校から)	学部・学科名	所在市町村	在学期間	履歴区分		
	高等学校			年 月 日 ~ 年 月 日	卒業・中退 転校		
				年 月 日 ~ 年 月 日	卒業・中退 転校		
	最終 (現在)			年 月 日 ~ 年 月 日	卒業・卒業見込 休学中・中退		
職歴	勤務先名	部署・役職	所在市町村	在職期間	職務内容	職務区分	
				年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 現在在職中		正社員 自営 その他	
資格・免許	名称・種別			取得 (見込) 年月日	取得区分		
	第1種普通自動車免許			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		
この試験を何で知りましたか <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 知人・家族 <input type="checkbox"/> その他 ()							
私は、上記の採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は全ての受験資格を満たしており、上記の記載事項に誤りはありません。 (本人自署) 年 月 日 氏名							

(記入上の注意) ※印の欄は記入しないでください。

志望動機及び自己PRを記入してください。

志望動機	
自己PR	

記 入 要 領

- 1 記載事項に不正があると、職員に採用される資格を失うことがあります。
- 2 印欄を除くすべての欄に、インク又はボールペンを用いて楷書で丁寧に自署してください。
数字は算用数字を用いて書いてください。該当する項目はチェック(√印)してください。
- 3 性別、国籍、履歴区分、職務区分、取得区分は、該当する項目に○をつけてください。
- 4 現住所は、現在住んでいる所で、他家に同居している場合には必ず同居先を詳しく記入してください。
- 5 他連絡先欄は、合格通知その他の連絡を現住所以外の所に希望する場合に記入してください。
- 6 学歴は、専門学校等を含め、高等学校以降のものを記入してください。
- 7 職歴は、自営業を含めて、今までの勤務経験を記入してください。
- 8 資格・免許は、取得見込みのものも記入してください。