

くしもと町立病院職員採用試験受験申込書

| | | |
|----------------------|--|--|
| 受験職種 | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 | ※病院記入欄 |
| | ※該当する□にチェック | |
| ふりがな | | 性別 |
| 氏名 | 昭和 ・ 平成 年 月 日生 | 写真貼付欄 |
| 現住所 | ふりがな | ○縦4cm×横3cm ○脱帽、正面向き、 本人単身胸から 上 ○裏面のりづけ |
| | 〒 | |
| | 自宅電話番号 — — 携帯電話番号 — — | |
| 連絡先 (現住所と同じ場合は不要) | ふりがな | (注) 記入に当たっては黒ボールペン又は黒インキを使用し、楷書で記入してください。 |
| | 〒 | |
| | 自宅電話番号 — — 携帯電話番号 — — | |

※「性別」欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。

○学歴 (最終学歴からさかのぼって高等学校まで記入してください。)

※該当する□にチェック

| 在学期間 | 学 校 名 | 学部・学科名 | 区 分 |
|--------------------|--------|--------|---|
| 自 年 月から 至 年 月まで | (最終学歴) | | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中 |
| 自 年 月から 至 年 月まで | | | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中 |
| 自 年 月から 至 年 月まで | | | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中 |
| 自 年 月から 至 年 月まで | | | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中 |

○職歴 (新しいものから記入してください。書ききれない場合は別紙(任意)を添付してください。)

| 在職期間 | 勤務先名 | 部署名 | 職務内容 |
|--------------------|------|-----|------|
| 自 年 月から 至 年 月まで | | | |
| 自 年 月から 至 年 月まで | | | |
| 自 年 月から 至 年 月まで | | | |
| 自 年 月から 至 年 月まで | | | |

