

# 職員採用試験申込書

申込職種	看護師	薬剤師	診療放射線技師	臨床検査技師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	介護福祉士	社会福祉士	介護支援専門員	診療情報管理士
ふりがな 氏名						生年月日 年 月 日生		性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		※ 受験番号		
印												
現住所 (アパート・寮等の場合にはその名称、部屋番号まで、下宿等の場合は同居先を記入してください。)								電話番号		資格・免許		
〒										名称・登録番号・登録機関		取得(見込)年 月
学歴 (各種学校を除いて新しいものから順に記入し、学校の所在地については所在市町村名まで記入してください。)												済見 <input type="checkbox"/> 込 年月
学校名		学部・学科・専攻		所在地		在学期間		卒業・卒業見込等の区分				
現在又は最終						年 月から 年 月まで 学年		卒業 <input type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/>				
その前						年 月から 年 月まで 年		卒業 <input type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/>				
職歴 (職歴を新しいものから順に記入してください。)												済見 <input type="checkbox"/> 込 年月
勤務先		勤務内容		所在地				在職期間				
現在又は最終								年 月から 年 月まで				
				電話番号 — —								
その前								年 月から 年 月まで				
				電話番号 — —				※ 受理年月日 平成 年 月 日				

- 記入上の注意
1. 鉛筆以外の黒又は青の筆記用具で記入。数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。
  2. 申込職種欄は該当するものに○印を付ける。
  3. □には該当するものにレ印を付ける。
  4. ※印のところは、当組合使用欄のため記入しない。

# 職員採用試験申込書《記入例》

申込職種	看護師	薬剤師	診療放射線技師	臨床検査技師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	介護福祉士	社会福祉士	介護支援専門員	診療情報管理士	
	○												
ふりがな 氏名		かみ たろう		氏名				加美 太郎		性別		※ 受験番号	
				昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日生				男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		◎この欄は、記入しないでください。			
現住所 (アパート・寮等の場合にはその名称、部屋番号まで、下宿等の場合は同居先を記入してください。)								電話番号		資格・免許			
〒 012-3456								012-345-6789		名称・登録番号・登録機関		取得(見込)年 月	
○○県△△市□□1丁目2番3号 ○○アパート123号室								090-1234-5678		普通自動車免許 第 号 ○○県公安委員会		済見 <input checked="" type="checkbox"/> 平成○○年 □□月	
学 歴 (各種学校を除いて新しいものから順に記入し、学校の所在地については所在市町村名まで記入してください。)													
学校名		学部・学科・専攻		所在地		在学期間		卒業・卒業見込等の区分					
現在又は最終		○○大学		△△学部□□学科		○○県 △△市		○○年□□月から 4 ○○年□□月まで 学年		卒業 <input checked="" type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/>		△△検定○級 第 号 △△検定協会	
その前		○○県 △△高等学校		□□科		○○県 △△市		○○年□□月から 3 ○○年□□月まで 年		卒業 <input checked="" type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/>		済見 <input checked="" type="checkbox"/> 平成○○年 □□月	
職 歴 (職歴を新しいものから順に記入してください。)													
勤務先		勤務内容		所在地				在職期間					
現在又は最終		○○県 △△市立病院		外科病棟		○○県△△市□□1-2 電話番号 123-456-7890		○○年□□月から 年 月まで		○○免許 第 号 □□大臣		済見 <input checked="" type="checkbox"/> 平成○○年 □□月	
その前		医療法人○○会 △△病院		内科外来		△△県□□郡○○町3-4 電話番号 234-567-8901		○○年□□月から ○○年□□月まで		※ 受理年月日 ◎この欄は、記入しないでください。 平成 年 月 日			

- 記入上の注意
- 鉛筆以外の黒又は青の筆記用具で記入。数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。
  - 申込職種欄は該当するものに○印を付ける。
  - には該当するものにレ印を付ける。
  - ※印のところは、当組合使用欄のため記入しない。