

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	印				生年月日			性別	※ 受験番号			
					年	月	日					
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。)												
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	学年	卒業 <input type="checkbox"/>	卒見込 <input type="checkbox"/>				済□ 見込□ 年月	
			年	月まで		在学中 <input type="checkbox"/>	中退 <input type="checkbox"/>					
その前			年	月から	年	卒業 <input type="checkbox"/>	卒見込 <input type="checkbox"/>				済□ 見込□ 年月	
			年	月まで		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。)												
勤務先	勤務内容	所在地				在職期間					済□ 見込□ 年月	
現在又は最終		電話番号 — —				年	月から					
						年	月まで					
その前		電話番号 — —				年	月から	※ 受理年月日			令和 年 月 日	
						年	月まで					

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
	<input checked="" type="radio"/>											
ふりがな 氏名				生年月日				性別		※ 受験番号 ◎この欄は、記入しないでください。		
かみ たろう 加美 太郎 ㊞				平成〇〇年〇〇月〇〇日生				男				
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 〇〇県△△市□□1丁目2番3号 〇〇アパート123号室								012-345-6789 090-1234-5678		名称・登録番号・登録機関 〇〇県公安委員会		
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。)								普通自動車免許 第 号 〇〇県公安委員会		取得(見込)年月 平成〇〇年□□月		
学校名 現在又は最終	学部・学科・専攻 △△学部□□学科	所在地 〇〇県△△市	在学期間 〇〇年□□月から 〇〇年□□月まで	卒業・卒業見込等の区分 4 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"/>			△△検定〇級 第 号 △△検定協会		済印 見込□ 平成〇〇年□□月		
その前 〇〇県△△高等学校	□□科	〇〇県△△市	〇〇年□□月から 〇〇年□□月まで	3 年	卒業 <input checked="" 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。)								□□免許 第 号 □□大臣		済印 見込□ 平成〇〇年□□月		
勤務先 現在又は最終	勤務内容 外科病棟	所在地 〇〇県△△市□□1-2 電話番号 123 - 456 - 7890				在職期間 〇〇年□□月から 年 月まで						
その前 医療法人〇〇会△△病院	内科外来	△△県□□郡〇〇町3-4 電話番号 234 - 567 - 8901				〇〇年□□月から 〇〇年□□月まで		※ 受理年月日 ◎この欄は、記入しないでください。 令和 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。