

# 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
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"/>		済見 <input type="checkbox"/> 込 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				済見 <input type="checkbox"/> 込 年月	
現在又は最終						年 月から 年 月まで					
その前				電話番号 - -		年 月から 年 月まで		※ 受理年月日		令和 年 月 日	
				電話番号 - -							

- 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。

# 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			
	○													
ふりがな 氏名		かみ たろう		氏名			加美 太郎			(印)				
生年月日		昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生			性別		男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		※ 受験番号 ◎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 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			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。)					普通自動車免許 第 号 〇〇県公安委員会		済見 <input checked="" type="checkbox"/> 平成〇〇年 □□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		〇〇大学		△△学部□□学科		〇〇県△△市		〇〇年□□月から 〇〇年□□月まで		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"/>		
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。)					〇〇県△△市□□1-2 電話番号 123-456-7890		〇〇県△△市□□1-2 電話番号 234-567-8901		〇〇年□□月から 〇〇年□□月まで		〇〇年□□月から 〇〇年□□月まで		〇〇県△△市立病院 外科病棟	
勤務先		勤務内容		所在地		在職期間		〇〇年□□月から 〇〇年□□月まで		〇〇年□□月から 〇〇年□□月まで		〇〇県△△市立病院 外科病棟		
現在又は最終		〇〇県△△市立病院		〇〇県△△市□□1-2 電話番号 123-456-7890		〇〇年□□月から 〇〇年□□月まで		〇〇年□□月から 〇〇年□□月まで		〇〇県△△市立病院 外科病棟		〇〇県△△市立病院 外科病棟		
その前		医療法人〇〇会△△病院		△△県□□郡〇〇町3-4 電話番号 234-567-8901		△△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		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		
その前		医療法人〇〇会△△病院		△△県□□郡〇〇町3-4 電話番号 234-567-8901		△△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		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
- 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。