

嘱託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	介護職員	看護補助員	
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 <input type="checkbox"/> 見込 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 見込 <input type="checkbox"/> 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							年 月から 年 月まで					済 <input type="checkbox"/> 見込 <input type="checkbox"/> 年 月		
				電話番号 — —										
その前							年 月から 年 月まで			※ 受理年月日		平成 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。

嘱託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	介護職員	看護補助員				
	○																
ふりがな 氏名		かみ たろう		加美太郎				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		名称・登録番号・登録機関		取得(見込) 年 月					
〇〇県△△市□□1丁目2番3号 〇〇アパート123号室								090-1234-5678		普通自動車免許 第 号 〇〇県公安委員会		済 <input checked="" type="checkbox"/> 見込 <input type="checkbox"/> 平成〇〇年 □□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		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"/>		△△検定〇級 第 号 △△検定協会		済 <input checked="" type="checkbox"/> 見込 <input type="checkbox"/> 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"/>		△△検定〇級 第 号 △△検定協会		済 <input checked="" type="checkbox"/> 見込 <input type="checkbox"/> 平成〇〇年 □□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		〇〇県△△市立病院		外科病棟		〇〇県△△市□□1-2 電話番号 123-456-7890				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。 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。