

職員採用試験受験申込書

令和 年 月 日現在

受験希望 試験区分	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 薬剤師
	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士
	<input type="checkbox"/> 臨床工学技士	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師	<input type="checkbox"/>

写 真

(のりづけ)
3ヶ月以内に
撮影したもの
4cm × 3cm

※ 本人が記入して下さい

氏名	ふりがな	生 年 月 日	S・H	年(西暦)	男 ・ 女
	印		月	日(満 歳)	
現住所	ふりがな 〒 -				
	電話番号	E-mail			
連絡先	ふりがな (上記以外の連絡先住所(帰省先・親元等をご記入ください)) 〒 -				電話番号
	学歴(中学校から順に最終学歴までの学校名)		修学年数	卒業・見込み別	在 学 期 間
				年 月 ~ 年 月	
				年 月 ~ 年 月	
				年 月 ~ 年 月	
				年 月 ~ 年 月	
				年 月 ~ 年 月	

〔希望雇用形態〕 ※該当する番号に☑を入れてください

1. 正職員 2. 臨時職員(有期雇用の常勤) 3. パート職員(有期雇用の非常勤)

職 歴	勤 務 期 間	勤務年月	雇用形態
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月	正・パ()時間数/週
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月	正・パ()時間数/週
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月	正・パ()時間数/週
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月	正・パ()時間数/週
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月	正・パ()時間数/週
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月	正・パ()時間数/週

資格免許の種類(取得見込みも記入)	取得年月	取得・見込み	登録番号
	昭・平・令 年 月	取得・見込	
	昭・平・令 年 月	取得・見込	
	昭・平・令 年 月	取得・見込	
	昭・平・令 年 月	取得・見込	

【記入上の注意】 正確に記載して下さい。虚偽の記載があった場合には採用資格を失うことがあります。

氏名

志望動機	
_____ _____ _____ _____ _____	
趣味・特技	
_____ _____ _____ _____ _____	
学生生活での成果・職業人生活での成果	
_____ _____ _____ _____ _____	
自分の強み(具体的な自己分析を添えること)	自分の弱み(具体的な自己分析を添えること)
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

面接希望日	第1希望日: 令 年 月 日	第2希望日: 令 年 月 日
-------	----------------	----------------

公益社団法人地域医療振興協会
東京ベイ・浦安市川医療センター