



掛川市・袋井市病院企業団立  
中東遠総合医療センター職員採用試験

## 受験申込書兼履歴書

※受験番号

※受付年月日

受験職種		記載日		(写真貼付欄) タテ 4.5 cm×ヨコ 3.5 cm
薬剤師		(西暦) 年 月 日		
ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	(西暦) 年 月 日 (満 歳)	
現住所 (アパート名等詳しく記入してください。)				
〒 -				
TEL - - 携帯電話 - -				
E-mail @ ※SPI検査の案内が届くようにしてください。				
現住所以外の連絡先 (帰省先等)				
〒 -				
TEL - -				
学歴	入学、卒業(見込み)年月	学校名	学部・学科	所在地(市町村名まで)
	年 月 入学 年 月 卒業	中 学 校		
	年 月 入学 年 月 卒・卒見込・中退	高 等 学 校		
	年 月 入学 年 月 卒・卒見込・中退	専 門 学 校 短 期 大 学 大 学		
	年 月 入学 年 月 卒・卒見込・中退			
職歴	就職期間	会社等の名称	所在地(市町村名まで)	職務内容・雇用形態
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
	年 月 から 年 月 まで			(正規・臨時・パート 時間)
賞罰	年 月			
	年 月			

記入上の注意 黒インクのボールペン又は万年筆を使用し、文字は楷書で、数字は算用数字で記入してください。  
学歴、職歴等は西暦で記入してください。

