



掛川市・袋井市病院企業団立
中東遠総合医療センター 会計年度任用職員 採用選考
申 込 書 兼 履 歴 書

※ 受付番号

申 込 職 種		記 載 日		(写真貼付欄) タテ 4.5 cm×ヨコ 3.5 cm 1. 正面、上半身、脱帽、無背景で、本人であることが完全に識別できるもの 2. 試験日前3ヶ月以内に撮影したもの 3. 写真の裏面に氏名を記入すること 令和 年 月 日撮影	
		令和 年 月 日			
ふりがな		性 別	生 年 月 日		
氏 名		男・女	昭・平	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 () -					
最終 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)
	昭・平・令 年 月 入学 昭・平・令 年 月 卒・卒見込				
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
	昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで				(正規・臨時・パート 時間)
資 格 ・ 免 許 等	資 格・免 許 名 称(正式名称)		取 得 年 月 日 等		交 付 機 関 名
			昭・平・令 年 月 日(取得・取得見込)		
			昭・平・令 年 月 日(取得・取得見込)		
			昭・平・令 年 月 日(取得・取得見込)		
パソコンスキル (操作ができる項目すべてに○を付けてください。)					
Word等のワープロソフト操作 ① 文字入力 ② フォント・用紙設定 ③ 表作成 ④ 図形挿入 ⑤ 差し込み印刷			Excel等の表計算ソフト操作 ① 文字・数値入力 ② グラフ作成 ③ フィルター ④ 数式(加減乗除) ⑤ 関数(合計・平均等) ⑥ 高度な関数(データ参照・集計等)		

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。

1 志望理由

2 自己PR

3 病院では、患者やそのご家族と直接接する機会が多いですが、どのようなことに心がけて対応をするか、あなたの考えを記入してください。

4 あなたが組織の中で仕事をしていく上で、一番大切にしていることは何か（職歴がない方は、これから仕事をしていく上で、心がけたいことは何か）、あなたの考えを記入してください。

5 職場の上司から、急遽、通常の業務に加えて、仕事を任された場合、あなたはどのように対応しますか、あなたの考えを記入してください。

私は、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を受験したいので申し込みます。
なお、私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。
この受験申込書兼履歴書のすべての記載事項は、事実と相違ありません。また、申し込み後に記載事項に変更が生じた場合は、速やかに担当係に連絡いたします。

令和 年 月 日 (本人署名)

※ この申込書に記載された情報は、この採用試験の円滑な遂行のためにのみ用い、それ以外の目的には一切使用しません。