

 掛川市・袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター アルバイト 申込書兼履歴書					※受付年月日		
					記載日		
					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。)						(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	
〒 ー Tel () ー							
令和 年 月 日撮影							
E-mail @							
現 住 所 以 外 の 連 絡 先 (帰省先等)							
〒 ー Tel () ー							
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 年 月 入学					中 学 校	
	昭・平 年 月 卒業						
	昭・平 年 月 入学					高 等 学 校	
	昭・平 年 月 卒・卒見込・中退						
	昭・平 年 月 入学					専 門 学 校 短 期 大 学 大 学	
昭・平 年 月 卒・卒見込・中退							
昭・平 年 月 入学							
昭・平 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
	昭・平 年 月 から						
	昭・平 年 月 まで						(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平 年 月 から						
	昭・平 年 月 まで						(正規・臨時・パート 時間)
	昭・平 年 月 から						
昭・平 年 月 まで						(正規・臨時・パート 時間)	
資 格 ・ 免 許	資格・免許名称(正式名称)		取 得 年 月 日 等			交 付 機 関 名	
			昭・平 年 月 日(取得・取得見込)				
			昭・平 年 月 日(取得・取得見込)				
			昭・平 年 月 日(取得・取得見込)				
志 望 理 由							
自 己 P R							
この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。							
令和 年 月 日 (本人署名)							