

 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（受験を希望する職種に○）				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 （西暦） 年 月 日撮影
看護師（診療看護師）				（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。

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
		年 月 日(取得・取得見込)		
		年 月 日(取得・取得見込)		
		年 月 日(取得・取得見込)		
		年 月 日(取得・取得見込)		
		年 月 日(取得・取得見込)		
得意学科			趣味・特技	
スポーツ			健康状態	
志望理由				
自己PR				
添付書類	※提出する際に必ず確認し、☐欄にチェックを入れてください。 ☐ 1 最終学校卒業(見込)証明書又は卒業証書の写し ☐ 2 成績証明書(最終学校) ☐ 3 受験職種の資格免許証の写し(資格見込みの人は不要)			
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。 (西暦) 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。				