

せいぶ  
茨城県西部医療機構 採用試験 申込書兼履歴書

|  |                                  |                                     |                |               |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|----------------|---------------|
| 写 真<br><br>申込み日前3か月以内に撮影した上半身・正面・無帽の写真を張り付けてください。<br>(縦4.5cm×横3.5cm) | 1 試験区分 (該当番号に○)                  | 受付番号<br><small>(記入しないでください)</small> |                |               |
|  | 保健師                              | ふりがな                                | 性別             |               |
|  |                                  | 2 氏 名                               | 男・女            |               |
|  | 3 生年月日                           | 西暦                                  | 年 月 日<br>(満 歳) |               |
| 4 現住所  | 〒 _____ ( _____ 方) TEL ( _____ ) |                                     |                |               |
| 5 メールアドレス  |                                  |                                     |                |               |
| 6 連絡先  | 〒 _____ ( _____ 方) TEL ( _____ ) |                                     |                |               |
| 7 学 歴  | 学 校 名                            | 学 部 学 科                             | 在 学 期 間        | 備 考           |
|  | 中学校                              |                                     | 年 月            | 卒業            |
|  |                                  |                                     | 年 月～ 年 月       | 卒業見込・卒業・中退・修了 |
|  |                                  |                                     | 年 月～ 年 月       | 卒業見込・卒業・中退・修了 |
|  |                                  |                                     | 年 月～ 年 月       | 卒業見込・卒業・中退・修了 |
| 8 職 歴  | 在 職 期 間                          | 勤 務 先                               | 職務内容           | 所 在 地         |
|  | 年 月 日～ 年 月 日                     |                                     |                |               |
|  | 年 月 日～ 年 月 日                     |                                     |                |               |
|  | 年 月 日～ 年 月 日                     |                                     |                |               |
|  | 年 月 日～ 年 月 日                     |                                     |                |               |
|  | 年 月 日～ 年 月 日                     |                                     |                |               |
| 9 資格免許   | 名 称                              | 取得年月日                               | 名 称            | 取得年月日         |
|  |                                  | 年 月 日                               |                | 年 月 日         |
|  |                                  | 年 月 日                               |                | 年 月 日         |
| 扶養家族 (配偶者除く)   |                                  | 配偶者                                 |                | 配偶者の扶養義務      |
| 人  |                                  | 有 無                                 |                | 有 無           |
| 上記の事項は事実と相違ありません。  |                                  |                                     |                |               |
| 年 月 日 氏名 _____ 印 _____   |                                  |                                     |                |               |

(記入上の注意)

1. 記載事項に不正 (不実記載, 事実不記載等) があると職員として採用される資格を失います。
2. ボールペン又は万年筆を使用して楷書で, 数字は算用数字で, 年月日は西暦で記入し, 該当する箇所は○で囲んでください。  
**受験者本人が記入し, 押印してください。**
3. 「連絡先」は, 照会・通知の際の住所等を記入してください。(現住所と同じ場合は「同上」と記入しても結構です。)
4. 「学歴」欄は, 中学校から順に記入してください。備考欄は, 該当するものを○で囲んでください。
5. 「職歴」欄は, 資格取得校の**卒業後全職歴を空白期間のないように**記入してください。(自営業, 農業従事, 在家庭の期間, 短期間のアルバイト等も記入してください。) ※記入欄が足りない場合は別紙 (任意様式) を添付してください。
6. 「資格免許」欄は, 取得見込の資格についても記入してください。 ※自動車運転免許も記入してください。
7. 「扶養親族」・「配偶者」・「配偶者の扶養義務」の**記載は任意**となります。