

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 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。 (縦4.5cm×横3.5cm) | 1 試験区分 (該当番号に○) | 受付番号 <small>(記入しないでください)</small> | | |
| | 1 看護師 2 介護福祉士 3 臨床工学技士 4 薬剤師 5 管理栄養士 | ふりがな | | 性別 |
| | | 2 氏 名 | | 男・女 |
| | 3 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 (2021年4月1日現在で満 歳) | |
| 4 現住所 | 〒 _____ (_____ 方) TEL (_____) | | | |
| 5 連絡先 | 〒 _____ (_____ 方) TEL (_____) | | | |
| 6 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 |
| 7 職 歴 | 在 職 期 間 | 勤 務 先 | 職務内容 | 所 在 地 |
| | 年 月～ 年 月 | | | |
| | 年 月～ 年 月 | | | |
| | 年 月～ 年 月 | | | |
| | 年 月～ 年 月 | | | |
| | 年 月～ 年 月 | | | |
| | 年 月～ 年 月 | | | |
| 8 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 |
| 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, **卒業後の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。