

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 (記入しないでください)			
	1 看護師 2 薬剤師 3 理学療法士 4 作業療法士 5 言語聴覚士		ふりがな			性 別
			2 氏 名			男・女
			3 生年月日	西暦 年 月 日 (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，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。
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。