茨城県西部（せいぶ）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4.5㎝×横3.5㎝）	1　試験区分（該当番号に〇） １　看護師 ２　介護福祉士 ３　臨床検査技師 ４　診療放射線技師 ５　理学療法士 ６　作業療法士 ７　言語聴覚士	受付番号 （記入しないでください）		
		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，該当する箇所は〇で囲んでください。
　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，該当するものを〇で囲んでください。
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。