

せいぶ  
茨城県西部医療機構 採用試験申込書

写 真  申込み日前6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	ふりがな	性別	
	2 薬剤師	2 氏名	男・女	
	3 理学療法士 4 言語聴覚士 5 作業療法士 6 介護福祉士 7 社会福祉士 8 介護支援専門員 9 医療事務職員	3 生年月日	昭和 年 月 日 平成 (平成30年10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。				
平成 年 月 日		氏名		印

(記入上の注意)

- 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。
- 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, 年月日は和暦で記入し, 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。**
- 「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。)
- 「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。
- 「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。
- 「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。