

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 理学療法士 4 作業療法士 5 言語聴覚士 6 臨床工学技士	ふりがな		性 別
		2 氏 名		男・女
	3 生年月日	西暦 年 月 日 (2020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 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			
	年 月 日～ 年 月 日			
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。
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。