

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 薬剤師 4 臨床工学技士 5 社会福祉士 6 介護支援専門員		ふりがな		性別	
			2 氏 名		男・女	
			3 生年月日		西暦 年 月 日 (2022年4月1日現在で満 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	
	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					
9 資格免許	名 称		取得年月日		名 称	
			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)

- 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。
- 「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。