

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4.5 cm×横3.5 cm)	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 准看護師		2 氏 名	男・女
	3 介護福祉士			
4 薬剤師		3 生年月日	西暦 年 月 日  (2023年4月1日現在で満 歳)	
5 社会福祉士				
6 介護支援専門員				
7 言語聴覚士				
8 医療事務				
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
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。