

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<br><br>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。<br>(縦4.5cm×横3.5cm) | 1 試験区分 (該当番号に○)                                 |         | 受付番号<br><small>(記入しないでください)</small> |                       |     |
|  | 1 看護師<br>2 介護福祉士<br>3 薬剤師<br>4 理学療法士<br>5 作業療法士 |         | ふりがな                                |                       | 性別  |
|  |   |         | 2 氏 名                               |                       | 男・女 |
|  |   |         | 3 生年月日                              | 西暦 年 月 日<br><br>(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○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。
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。