

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 理学療法士 5 作業療法士 6 診療放射線技師		ふりがな			性別
			2 氏 名			男・女
			3 生年月日	西暦	年	月
				(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					
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。