

十和田市病院職員採用試験受験申込書

受験職種	理学療法士			
フリガナ 氏名		性別	<p>(写真欄)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・写真是6か月以内に撮影したもの ・縦4cm、横3cm程度 ・本人正面の顔写真 ・しっかりと、のり付け 	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 満 歳			
連絡先	平日連絡可能な電話番号・メールアドレスをご記入ください。 T E L : アドレス :			
現住所	〒 - アパート等の場合は、室番号まで記入してください。			
学歴	学校名	学部・学科・専攻	修学期間	
	中学校		年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
1 今まで教育を受けた中学校以上的一切の教育機関について、年代順に記入すること。 2 中途退学の場合には、その理由と退学当時の学年を記入すること。 3 休学期間がある場合には、その期間及び理由を記入すること。				
職歴 (現職及び主なもの)	勤務先の名称	職務内容	在職期間	雇用形態
			年 月から 年 月まで	常勤・非常勤
			年 月から 年 月まで	常勤・非常勤
			年 月から 年 月まで	常勤・非常勤
			年 月から 年 月まで	常勤・非常勤
職種に 係る 資格 ・免許等	資格・免許等		取得区分	
			<input type="checkbox"/> 取得済み (H・R 年 月)	<input type="checkbox"/> 取得見込み
			<input type="checkbox"/> 取得済み (H・R 年 月)	<input type="checkbox"/> 取得見込み
私は病院事業職員募集要項に掲げる受験資格をすべて満たしており、 この申込書のすべての内容は事実と相違ありません。				
令和 年 月 日 氏名 (自署)				