

一般社団法人 鶴岡地区医師会 職員採用試験申込書

記入日 年 月 日

応募職種 (○を付けてください)	1	看護師	5	言語聴覚士
	2	准看護師	6	
	3	理学療法士	7	
	4	作業療法士	8	

ふりがな		男・女	配偶者 有・無 扶養者 有・無	<p style="text-align: center;">写真</p> <p>次のような写真を貼ってください</p> <p>4×3cm 3ヶ月以内 脱帽 上半身 正面 カラー</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 撮影</p>
氏名				
生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (満 才)			
住所	〒			
連絡先 (合否等の連絡先)	上段の住所と異なる場合のみ記入 〒			

学歴	学 校 名	学 部	学 科	期 間	卒業等の別
	(課 程 年 数)				
学	現在・最終			昭・平 年 月 ↓ 昭・平 年 月	卒業・卒業見込 年中退 年終了
	その前			昭・平 年 月 ↓ 昭・平 年 月	卒業 年中退 年終了
歴	その前			昭・平 年 月 ↓ 昭・平 年 月	卒業 年中退 年終了
	その前			昭・平 年 月 ↓ 昭・平 年 月	卒業 年中退 年終了

職歴	勤務先(職業)	所在地	職務内容	在職期間	退職理由
	職	卒後		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 ↓ 昭・平 年 月
その次			正職 臨時 パート	昭・平 年 月 ↓ 昭・平 年 月	
歴	その次		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 ↓ 昭・平 年 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 ↓ 昭・平 年 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 ↓ 昭・平 年 月	

資格・免許等	名 称	取 得 年 月 日	賞 罰
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	

得意科目		研究課題	
------	--	------	--

部活動等 (スポーツ・文化・生徒会等)	区分	活 動 名	期 間	主 な 大 会 名 ・ 成 績 等
	中学校			
	高校			
	大学			
	その他			

性 格		趣 味 ・ 特 技	
-----	--	-----------	--

自己PR	
------	--