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（〇を付けてください）				
	1	看護師または准看護師		
	2	作　業　療　法　士		
	3	臨　床　検　査　技　師		

ふりがな		男・女	配偶者 有・無
氏　名			扶養者 有・無
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生　（満　　才）		
ふりがな			
住　所	〒		
電話番号	－　　－		
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 〒		
電話番号	－　　－		

写真
次のような写真を貼ってください
4×3cm
3ヶ月以内
脱帽
上半身
正面
カラー

平成　　年　　月　　日 撮影

	学　校　名（課程　年数）	学　部	学　科	期　間	卒業等の別
学歴	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
	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

	勤務先（職業）	所在地	職務内容	在職期間	退職理由
職歴	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	
	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	
		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	