

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	看護師または准看護師		
	2	作業療法士		
	3	診療放射線技師		
	4	臨床検査技師		

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 style="text-align: center;">次のような写真を貼ってください</p> <p style="text-align: center;">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)		
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	- -		

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