

一般社団法人鶴岡地区医師会 平成30年度 職員採用試験申込書

応募職種 (○を付けてください)	1	保 健 師	7	介 護 福 祉 士
	2	看 護 師	8	介 護 員
	3	准 看 護 師		
	4	理 学 療 法 士		
	5	作 業 療 法 士		
	6	臨 床 検 査 技 師		

ふりがな	男・女	配偶者 有・無	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		
氏 名		扶養者 有・無			
生年月日	昭和 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 (課 程 年 数)	学 部	学 科	期 間	卒 業 等 の 別
	現在・最終			昭・平 年 月 年 月	卒業・卒業見込 年中退 年終了
	その前			昭・平 年 月 年 月	卒 業 年中退 年終了
	その前			昭・平 年 月 年 月	卒 業 年中退 年終了
	その前			昭・平 年 月 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 年 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 年 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 年 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 年 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 年 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 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 P R				

※申込書は必ず自筆で記入してください。