

一般社団法人鶴岡地区医師会 平成31年度 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	保 健 師	7	臨 床 検 査 技 師
	2	看 護 師		
	3	准 看 護 師		
	4	作 業 療 法 士		
	5	理 学 療 法 士		
	6	診 療 放 射 線 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>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 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
	学	現在・最終			昭・平 年 月 ┆
その前				昭・平 年 月 ┆	卒業 年中退 年終了
歴	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
	職	卒後		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 ┆
その次			正職 臨時 パート	昭・平 年 月 ┆	
歴	その次		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 ┆	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平 年 月 ┆	
	その次		正職 臨時 パート	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 P R	
---------	--

※申込書は必ず自筆で記入してください。