

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

応募職種 (○を付けてください)	1	臨 床 検 査 技 師		
	2	介 護 福 祉 士		
	3	介 護 員		

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	〒		
	- -		
	平成 年 月 日 撮影		

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 〃	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
	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 〃	
	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 〃	
	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			
区 分		活 動 名	期 間	主 な 大 会 名 ・ 成 績 等
部活動等 (スポーツ・文化・生徒会等)	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。