

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	看護師	7	介護福祉士
	2	准看護師	8	介護員
	3	作業療法士		
	4	理学療法士		
	5	診療放射線技師		
	6	臨床検査技師		

ふりがな	男・女	配偶者 有・無	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>写真</b>                      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                 </div>
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	- -		

学歴	学 校 名	学 部	学 科	期 間	卒業等の別
	( 課 程 年 数 )				
学	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
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
	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	

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				

※申込書は必ず自筆で記入してください。