

一般社団法人鶴岡地区医師会 令和2年度 職員採用試験申込書

応募職種 (○を付けてください)	1	看 護 師		
	2	准 看 護 師		
	3	診 療 放 射 線 技 師		
	4	臨 床 検 査 技 師		
	5	言 語 聴 覚 士		

ふりがな	男・女	配偶者 有・無 扶養者 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			
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	- -		
			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・令 年 ヽ 月	卒業・卒業見込 年中退 年終了
	その前			昭・平・令 年 ヽ 月	卒 業 年中退 年終了
	その前			昭・平・令 年 ヽ 月	卒 業 年中退 年終了
	その前			昭・平・令 年 ヽ 月	卒 業 年中退 年終了
	その前			昭・平・令 年 ヽ 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・令 年 ヽ 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 ヽ 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 ヽ 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 ヽ 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 ヽ 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 ヽ 月	

資格・免許等	名 称	取 得 年 月 日	賞 罰	
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 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。