

一般社団法人鶴岡地区医師会 令和3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	診療放射線技師		
	2	言語聴覚士		

ふりがな	男 女	配偶者 有・無 扶養者 有・無	<p style="text-align: center;"><b>写真</b></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: right;">年 月 日 撮影</p>
氏名			
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・令 年 月 月	卒業・卒業見込 年中退 年終了
	その前			昭・平・令 年 月 月	卒業 年中退 年終了
	その前			昭・平・令 年 月 月	卒業 年中退 年終了
歴	その前			昭・平・令 年 月 月	卒業 年中退 年終了
	その前			昭・平・令 年 月 月	卒業 年中退 年終了
	その前			昭・平・令 年 月 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 月 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 月 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 月 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 月 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 月 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。