

一般社団法人鶴岡地区医師会 令和5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	6	作業療法士
	2	准看護師	7	介護福祉士
	3	保健師	8	介護員
	4	臨床検査技師		
	5	理学療法士		

ふりがな	男 氏名	配偶者 有・無 扶養者 有・無	<p style="text-align: center;">写真</p> <p style="text-align: center;">次のような写真を貼ってください</p> <p style="text-align: center;">4×3cm 3ヶ月以内 脱帽 上半身 正面 カラー</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 撮影</p>
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	-		
ふりがな	メールアドレス		

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	卒業・卒業見込 年中退 年終了
	その前			昭・平・令 年 月	卒業 年中退 年終了
歴	その前			昭・平・令 年 月	卒業 年中退 年終了
	その前			昭・平・令 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・令 年 月
その次			正職 臨時 パート	昭・平・令 年 月	
歴	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 月	
	その次		正職 臨時 パート	昭・平・令 年 月	

記入日 年 月 日

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		
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			
志 望 動 機 ・ 自 己 P R				

※申込書は必ず自筆で記入してください。