地方独立行政法人 筑後市立病院正規職員 採用試験申込書

※受付年月日	※受付番号	※受験番号	写　真
			６か月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きの写真を貼ってください。（タテ4cm、ヨコ3cm）

（注意事項）
1．申込書の記入は、自筆で、黒のインキまたはボールペンを用い、楷書でていねいに書いてください（太枠内は必須です）。また、写真も貼付してください。
2．数字はアラビア数字を用い、該当箇所を✓、又は該当文字を〇で囲んでください。
3．記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。

職種	□（A）介護福祉士

フリガナ 氏　名	男 女	昭和 平成　年　月　日生（満　歳）

現住所　〒（　　－　　）＊必ず郵便物が届く住所を記入する事

方　TEL　（携帯　）

連絡先　〒（　　－　　）

方　TEL　（　方呼出）

学歴	修学期間	学校名	学部学科名	卒業・その他
	【最終】自　年　月 至　年　月			卒業・卒業見込・中退
	【その前】自　年　月 至　年　月			卒業・卒業見込・中退
	【その前】自　年　月 至　年　月			卒業・卒業見込・中退

職歴	在職期間	勤務先	所在地
	【最終】自　年　月 至　年　月		
	【その前】自　年　月 至　年　月		
	【その前】自　年　月 至　年　月		

裏へ続く

資格免許	名　称	取得年月日	名　称	取得年月日
		年　月　日		年　月　日
		年　月　日		年　月　日
趣味			特技	

【当院への志望動機】

➢他に受験している医療機関等はありますか。（不合格決定は除く）

☐ なし　☐ あり

医療機関等名称	受　験　状　況
	☐内定　☐二次合格　☐一次合格　☐一次結果待
	☐内定　☐二次合格　☐一次合格　☐一次結果待

➢この募集をどちらでご覧になりましたか？該当するものにチェックをしてください。

☐ 当院ホームページ　☐ ハローワークホームページ　☐ 人からの紹介

☐ その他（　　）