

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	
（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○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。						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）	
職種		□（A）介護福祉士					
フリガナ 氏 名			性別(※)		昭和 年 月 日生（満 歳） 平成		
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						

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

裏へ続く

