

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		<div>写　真</div>			
(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 □ （B）介護福祉士（2026年度採用）									
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） メールアドレス（　　） 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

