

# 広域紋別病院職員採用試験申込書

* 受付
------

受験番号
*

受 験 区 分
<b>一般事務職 (大卒程度)</b>

各種書類送付先
<input type="checkbox"/> 現住所
<input type="checkbox"/> 連絡先

(写真のり付け)
写真は最近3か月以内に撮影したもので上半身・無帽・正面向きの顔写真のこと
・裏面に氏名記入 ・縦4cm×横3cm

- (注) (1) 入力又は記入により作成してください。(記入の場合は黒色ボールペンで楷書で丁寧に書いてください)  
 (2) \*印の欄以外の欄を、もれなく入力又は記入してください。  
 (3)  欄に該当する場合は、 内にレ印を付けてください。  
 (4) 記載事項に不正があるときは、職員として採用される資格を失うことがあります。  
 (5) 住居を変更した場合はすぐに通知してください。

ふりがな				性別			生年月日(和暦)			
氏 名							年 月 日 ( 満 歳)			
ふりがな										
現住所	〒				電話 ( )	-		方		
連絡先	〒				電話 ( )	-		方		
(現住所以外に送付物等を指定する場合は記載してください。)										
最終 学 歴	学 校 名	学部・学科名等	所在地(町村まで)		期 間(和暦)					
					年 月 月 月	から				
					年 月 月 月	まで				
							<input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 卒・修了見込			
職 歴	<input type="checkbox"/> 就業したことがない									
※ 合 は 備 考 欄 に 記 入 )	勤 務 先	所 在 地		在職期間(和暦)			職務内容			
				年 月 月 月	から					
				年 月 月 月	まで					
				年 月 月 月	から					
				年 月 月 月	まで					
				年 月 月 月	から					
				年 月 月 月	まで					
※ 国 家 資 格 等	名 称	取得年月(和暦)		名 称			取得年月(和暦)			
		年 月					年 月			
		年 月					年 月			
		年 月					年 月			
備 考										

以上のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

本人氏名(自筆)

印