

令和6年度 平塚市民病院看護職員採用試験受験申込書

(写真貼付欄) ・申込日6か月以内に撮影したもの ・縦4cm 横3cm ・写真の裏面に氏名を記入すること		※受験番号	※受付印
	ふりがな 氏名	受験希望職 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師	
		受験希望日 (正規職員のみ) 第1希望 第__回 __月__日 第2希望 第__回 __月__日	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳) ※受験日現在		
現住所	〒	国籍 (外国籍の人のみ記入)	
電 話	自宅 :	携帯 :	
メールアドレス	@		
(上記以外に送付を希望する場合のみ記入してください)			
送付先 〒			
奨学金 受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 当院以外) <input type="checkbox"/> 無	当院見学会または説明会参加の有無 <input type="checkbox"/> 見学会 <input type="checkbox"/> 説明会 <input type="checkbox"/> なし (説明会有りの方 <input type="checkbox"/> 学校主催 <input type="checkbox"/> 企業主催) (直近の参加日 令和 年 月 日)	
インターンシップ参加の有無 <input type="checkbox"/> 有 当院 () 回 他施設 () 回 <input type="checkbox"/> 無			
学 歴	学校名 (高等学校から記入)	学部・学科	修学期間
			年 月から 年 月まで
			卒・中退
			年 月から 年 月まで
			卒・中退 卒業見込み
職 歴	勤務先名称 (アルバイト含む)	職務内容	在職期間
			年 月から 年 月まで
			正社員 その他 ()
			年 月から 年 月まで
			正社員 その他 ()
		年 月から 年 月まで	
		正社員 その他 ()	
資 格 免 許	名称	取得 (見込) 年月	名称
		年 月	取得 (見込) 年月
		年 月	年 月

※欄は記入しないでください。