

一 関 市 病 院 事 業 職 員 選 考 採 用 試 験 申 込 書

※ 受験番号

1. 職 種	<input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士				平成 年 月 日撮影
ふりがな					<div style="text-align: center;">(写 真 欄)</div> (1) 写真は裏の全面にのりをつけてこの欄に貼ってください。 (2) 写真は申込み前6ヶ月以内に撮影した上半身・脱帽・正面向きで本人と確認できる縦5cm、横4cmのものです。 なお、撮影年月日は必ず記入してください。 (3) 写真がない場合は受け付けません。
2. 氏 名	5. 現 住 所 〒 - - (番地・方書まで詳しく書いてください) (携帯電話 - -) (TEL - -)				
3. 性 別	男 女	6. 連 絡 先 (現住所以外で連絡可能なところを記入してください。家族と同居の場合は記入不要です。) 〒 - - (TEL - -)			
4. 生年月日	年 月 日生				
7. 学 歴 (記入上の注意参照)	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名 (専攻)		期 間	区 分 (○で囲む)
	中学校			年 月 ~ 年 月	卒業
				年 月 ~ 年 月	卒業 ・ 修了 ・ 卒業見込み ()学年在学中 ・ ()学年中退
				年 月 ~ 年 月	卒業 ・ 修了 ・ 卒業見込み ()学年在学中 ・ ()学年中退
				年 月 ~ 年 月	卒業 ・ 修了 ・ 卒業見込み ()学年在学中 ・ ()学年中退
				年 月 ~ 年 月	卒業 ・ 修了 ・ 卒業見込み ()学年在学中 ・ ()学年中退
8. 経 歴 (記入上の注意参照)	勤 務 先 ・ 部 ・ 課	所 在 地	職 務 内 容	在 職 期 間	退 職 事 由
				年 月 ~ 年 月	
				年 月 ~ 年 月	
				年 月 ~ 年 月	
				年 月 ~ 年 月	
				年 月 ~ 年 月	
				年 月 ~ 年 月	

受験票・通知の送付先
現住所 ・ 連絡先

9. 免許・資格 ・技能等 〔記入上の 注意参照〕		10. 身体障害者 手帳の有無	有・無	11. 希望業務 〔記入上の 注意参照〕	
------------------------------------	--	--------------------	-----	----------------------------	--

12. 次の質問について答えてください。(該当する欄に○印を付けてください。「ある」に○印を付けた人はその内容を質問の下に書いてください。)			<p style="text-align: center;">以上の記載事項のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名 Ⓜ</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/>		
質 問 事 項	ある	ない			
a. 刑事事件について起訴、逮捕又は取調べを受けたことはありますか。					
b. 禁こ以上の刑に処せられたことがありますか。					
c. 成年被後見人又は被保佐人の開始の審判を受けたことがありますか。					
d. かつて一関市で懲戒免職になったことがありますか。					

記入上の注意

- ・ 記入事項に不正があると採用されないことがあります。
- ・ 記入にあたっては、ボールペンで自署してください。
- ・ ※印のところは記入しないでください。
- ・ 印鑑は必ず押してください。
- ・ 7.学歴は、中学校から順に書いてください。卒業見込みの場合は卒業予定年月を書いてください。
- ・ 8.経歴は、勤務上の経歴を詳しく書いてください。自営業を含みます。
- ・ 9.免許・資格・技能等は、受験資格に必要な免許等の取得見込みを含め記入してください。
- ・ 11.希望業務は、採用された場合特に希望する業務があれば記入してください。

