

# 平塚市民病院 職員採用試験 受験申込書

※受験番号	※受付日	(提出先) 平塚市病院事業管理者			(写真貼付欄) ・申込日前3ヶ月以内に撮影(上半身) ・帽子をかぶらないもの ・縦4センチ横3センチ ・本人であると確認できるもの (写真の裏面に住所氏名を記入してください)
ふりがな		男	生年月日		年 月 日 提出
氏 名		女	平成 年 月 日 歳		
住所 (〒 - )		電話 携帯	- - - -	国 籍 (日本国籍以外の方は記入してください。)	
メールアドレス @				試験区分(○で囲む)	
(上記住所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(〒 - ) 電話 - -				1 言語聴覚士 2 作業療法士	
学 歴	学 校 名	学部・学科	所在地	期 間	○で囲む
	中学校			年 月から 年 月まで	
				年 月から 年 月まで	卒 中退 卒業見込み
				年 月から 年 月まで	卒 中退 卒業見込み
				年 月から 年 月まで	卒 中退 卒業見込み
職 歴	勤 務 先	職務内容	雇用形態	在職期間	退職理由
			1 正社員 2 契約社員等 3 アルバイト	年 月から 年 月まで	
			1 正社員 2 契約社員等 3 アルバイト	年 月から 年 月まで	
			1 正社員 2 契約社員等 3 アルバイト	年 月から 年 月まで	
			1 正社員 2 契約社員等 3 アルバイト	年 月から 年 月まで	
			1 正社員 2 契約社員等 3 アルバイト	年 月から 年 月まで	
			1 正社員 2 契約社員等 3 アルバイト	年 月から 年 月まで	
資 格 ・ 免 許	名 称	取得(見込)年月日	名 称	取得(見込)年月日	
		. .		. .	
		. .		. .	