令和　　年　　月　　日現在

静岡赤十字病院 職員採用試験申込書

写真
無帽、上半身

3ヶ月以内撮影
３．５×４．５㎝

静岡赤十字病院
院長　小川 潤　様

申込者氏名　　　　　　　　　　㊞

私は、貴静岡赤十字病院職員採用試験の受験を希望しますので、必要書類を添えて申し込みます。

申込者	ふりがな 氏　名	男　女
	生年月日	昭和 平成　年　月　日（満　才）
	ふりがな 住　所	〒 TEL
	＊書類送付先住所	〒 E-mail:　携帯

学歴	修 業 期 間	学校・学部・学科名(高校から・留学歴等も入れる)
	年　月 ～　年　月	
	年　月 ～　年　月	
	年　月 ～　年　月	
	年　月 ～　年　月	
	年　月 ～　年　月	

職歴	職 務 期 間	勤 務 先 名 等
	年　月 ～　年　月	
	年　月 ～　年　月	
	年　月 ～　年　月	

志望理由	
志望順位	(当院以外を受験する方は受験先名と志望順位を記入してください。当院も含めます。) ①位 ②位 ③位

免許検定等	取　得　年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	

(得意学科・得意な科目)
(特殊技能)
(趣　味)
(所属クラブ・同好会)
(ボランティア歴の内容)
(健康状況)
(既往症)　障害者手帳：あり（　級）・なし
(性　格)
(通勤時間)　約　時間　分
(配偶者)　有　・無

職　種	臨床検査技師

(No.　　　)　令和　年　月　日受付