

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
3.5×4.5cm

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
申し込めます。

| | | | |
|-------------|-------------|--------------------------|-------------|
| 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: TEL | |
| 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 | | |
| 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) | |
| | (性 格) | |
| | (通勤時間) 約 時間 分 | |
| | (配偶者) 有 ・ 無 | |
| 職 種 | 薬剤師 | |

(No.) 令和 年 月 日受付