

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 cm

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・留学籍等も入れる)	
	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) 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	薬剤師	
受験希望日	令和8年4月24日 (金) / 令和8年5月18日 (月) いずれか○で囲む	

(No.) 令和 年 月 日受付