

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 (いずれかに○)	看護師	助産師	その他 ( )
受験希望日	令和	年	月 日 希望

(No. ) 令和 年 月 日受付