

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  
申し込みます。

|             |             |                          |
|-------------|-------------|--------------------------|
| 申<br>込<br>者 | ふりがな<br>氏 名 | 男 女                      |
|             | 生年月日        | 昭和<br>平成 年 月 日 (満 才)     |
|             | ふりがな<br>住 所 | 〒<br>TEL                 |
|             | * 書類送付先住所   | 〒<br>E-mail: 携帯          |
| 学<br>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   |                          |
| 職<br>歴      | 職 務 期 間     | 勤 務 先 名 等                |
|             | 年 月 ~ 年 月   |                          |
|             | 年 月 ~ 年 月   |                          |
|             | 年 月 ~ 年 月   |                          |
|             | 年 月 ~ 年 月   |                          |

|                       |  |  |
|-----------------------|--|--|
| 志<br>望<br>理<br>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<br>許<br>検<br>定<br>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) <span style="float: right;">障害者手帳：あり ( 級) ・なし</span> |  |
|                       | (性 格)  |  |
|                       | (通勤時間) 約 時間 分  |  |
|                       | (配偶者) 有 ・ 無  |  |
| 職 種                   | 臨時事務職員 (医療情報事務 / 医療事務) いずれか○で囲む                            |  |

(No. ) 令和 年 月 日受付