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	事務職員	

（No.　　）　令和　　年　　月　　日受付