

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・留学歴等も入れる)	
	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		
	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) <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	調理師      ・      栄養士	

(No.                      )    令和      年      月      日受付