

# 採用試験申込書

希望者氏名	フリガナ		写真を貼る位置  縦4cm×横3cmの写真を使用してください。
	㊟		
	昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	性別
現住所	フリガナ		TEL.
	〒 -		携帯
	E-mail @		FAX.
連絡先	フリガナ		TEL.
	〒 - (現住所以外に連絡を必要とする場合のみ記入)		
	方		FAX.

年	月	学 歴	修業年数

年	月	職 歴	勤務年数

氏名：

年	月	免許・資格

応募職種等記入欄 (希望される項目の□に✓を付けてください 複数回答可)		
1. 応募職種		
<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 准看護師
<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法士 (一般科)	<input type="checkbox"/> 作業療法士 (精神科)
<input type="checkbox"/> 介護職員・看護補助職員	<input type="checkbox"/> 事務職員 (総合職)	
<input type="checkbox"/> その他 (		)
2. 希望勤務施設		
<input type="checkbox"/> 医療福祉センター倉吉病院	<input type="checkbox"/> 藤井政雄記念病院	<input type="checkbox"/> 米子東病院
<input type="checkbox"/> ル・サンテリオン北条	<input type="checkbox"/> ル・サンテリオン鹿野	<input type="checkbox"/> ル・サンテリオンよどえ
<input type="checkbox"/> 在宅医療福祉センター	<input type="checkbox"/> その他 (	)
3. 希望試験会場		
<input type="checkbox"/> 倉吉会場 (医療福祉センター倉吉病院)	<input type="checkbox"/> 米子会場 (米子東病院)	

趣味・特技	長所・短所	通勤時間 (第一希望の勤務施設まで)	
(趣味)	(長所)	約 時間 分	
(特技)	(短所)	扶養家族 (配偶者を除く)	
		人	
		配偶者	配偶者の扶養義務
		有 無	有 無

保護者 (本人が未成年の場合のみ記入) フリガナ		TEL.
氏名	住所 〒 -	FAX.

氏名： \_\_\_\_\_

【得意科目・得意分野・卒業論文テーマ等】


【志望動機】


【自己PR】


【医療・福祉に関するボランティア経験等】


【その他、質問等記載欄】
