

		※ 受験番号	※ 受付印
士別市病院事業職員採用試験受験申込書			
( 薬剤師・作業療法士 職)			
※応募職種に○をつけてください			
ふりがな  氏 名		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	令和 年 月 日撮影  写真は申込前6カ月以内 で脱帽、正面向、上半身 縦5センチ、横4.5センチの本人 と確認できるもの 眼鏡をかけている場合 は、その写真をはって下 さい
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
現 住 所	〒□□□-□□□□  ( 様方) (TEL - - )		
連 絡 先  (受験票等の送付先)	〒□□□-□□□□  ( 様方) (TEL - - )		
最 終  学 校 名	学校名  年 月 日 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込		

私は、士別市病院事業職員採用試験（応募職名： 職）を受験したいので 関係書類〔☐履歴書・☐応募職の国家資格免許証の写し（または卒業（見込証明書）及び成績証明書）を添えて申込みます。

令和 年 月 日

士別市病院事業管理者 岩野 博俊 様

申込者

## 履 歴 書

ふりがな 氏 名		<div> <div>昭和・平成</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日生</div> </div> <div> <div>（</div> <div>歳</div> <div>）</div> </div> <div> <input type="checkbox"/>男・<input type="checkbox"/>女         </div>	
現住所			

学    歴	学 校 名	学部・学科 専攻	所 在 地	在学期間	修 学 内 容 卒業・卒業見込・中退の別
	現在（最終）			～ 年 月 月	学年 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	その前			～ 年 月 月	学年 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	その前			～ 年 月 月	学年 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退

資 格 ・ 免 許	名 称 （ 証 書 番 号 ）	取得年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

賞   罰	賞 罰 内 容	年 月 日	備 考
		年 月 日	
		年 月 日	

趣  味	スポーツ関係	文 化 関 係

健康状態	志 望 の 動 機

職 歴 及 び 在 家 庭 歴	勤 務 先	所属・職種 (月 収)	所 在 地	在職期間 又は 在家庭期間	退職理由 又は 在家庭理由
		(        )		～    年    月 年    月	
		(        )		～    年    月 年    月	
		(        )		～    年    月 年    月	
		(        )		～    年    月 年    月	
		(        )		～    年    月 年    月	

採 用 希 望 時 期	<input type="checkbox"/> 令和8年4月1日
	<input type="checkbox"/> 上記以外 (下記に具体的時期及び理由を記載してください)

上記の事実と相違ありません。

令和    年    月    日

氏 名