|  |
| --- |
| ※受験番号 |
|  |

**医療法人 雄心会　青森新都市病院　受験申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **試験職種****（番号を○で囲むこと）** | **１　看護師　　２　理学療法士　　３　作業療法士　　４　言語聴覚士****5　社会福祉士　　6　事務員** |  |
| ふりがな |  | 性 別（〇で囲む） | 男・女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 生　　（満　　　 　歳） |
| 現住所 | 〒　　　　-　　　　　　　　　　　　　※アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入　℡　　　　　（　　　　）　　　　　　　　　　　携帯　　　　　－　　　　　－　E-mail　：　　　　　　　　　　　　　＠ | 合格通知等の送付先（どちらかを○で囲むこと） |  |
| 連絡先 | 〒　　　　-　　　　　　　　　　　　　※現住所以外の連絡先（実家等）があれば記入　℡　　　　　（　　　　） |  |
| 学　歴 | 学校名 | 学部学科 | 在学期間 | 備　考（〇で囲む） |
| 　　中学校 |  | 　年　　月から 　年　　月まで | 　　　　　　　 卒業 |
|  |  | 　年　　月から 　年　　月まで | 卒業・卒業見込・中退 |
|  |  |  　年　　月から 　年　　月まで | 卒業・卒業見込・中退 |
|  |  |  　年　　月から 　年　　月まで | 卒業・卒業見込・中退 |
|  |  |  　年　　月から 　年　　月まで | 卒業・卒業見込・中退 |
| 職　歴　　　　　　　（現職及び主なもの） | 勤務先名称 | 職務内容　　　　 | 在職期間 | 所在地（都道府県） |
|  |  |  　年　　月から 　年　　月まで |  |
|  |  |  　年　　月から 　年　　月まで |  |
|  |  |  　年　　月から 　年　　月まで |  |
|  |  |  　年　　月から 　年　　月まで |  |
|  |  |  　年　　月から 　年　　月まで |  |
|  |  | 　年　　月から 　年　　月まで |  |
| 資格免許 | 名　　　　称 | 取得年月日 | 名　　　　称 | 取得年月日 |
|  | 　　年　　 月　　 日 |  | 　　年　　 月　　 日 |
|  | 　　年　　 月　　 日 |  | 　　年　　 月　　 日 |
|  | 　　年　　 月　　 日 |  | 　　年　　 月　　 日 |
| 扶養家族数等 | 扶養家族数（配偶者を除く）　　　　　　　人 |
| 配偶者の有無（〇で囲む） | 有 ・ 無 | 配偶者の扶養義務（〇で囲む） | 有 ・ 無 |
| **この申込書の記載事項は全て事実と相違ありません。****令和　　　年　　　月　　　日****氏　　名（自署）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |