

※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			
ふりがな		性別 (○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してください (方) 携帯 () -			合格通知の送付先 (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)があれば記入してください (方) 携帯 ()			
学歴	学校名	学部学科	在学期間	備考(○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
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	

(記載内容は裏面に続きます)

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 (○で囲む)	有・無	配偶者の扶養義務(○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2年 月 日

氏 名(自署)