

※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				(写真欄) ・写真は6カ月以内に撮影したもの ・縦4cm、横3cm程度 ・本人正面の顔写真 ・しっかり、のり付け
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			(どちらかを○で囲むこと) 合格通知等の送付先	○
	TEL ()	携帯 - -	E-mail : @		
連絡先	〒 - ※現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入			(どちらかを○で囲むこと) 合格通知等の送付先	○
	TEL ()				
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	
			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 （○で囲む）	有 ・ 無	配偶者の扶養義務（○で囲む）	有 ・ 無
<p>この申込書の記載事項は全て事実と相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名（自署） _____</p>				