| ＊受験番号 |
|---|
| |

# 一陽会職員採用試験申込書

令和　　年　　月　　日 提出

| ふりがな | 試験区分 | 性別<br>男 ・ 女 |
|---|---|---|
| 氏　名 | | 写真（タテ4.0cm×ヨコ3.0cm）<br>＊申込みの際、最近3ヶ月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身の写真をしっかりと貼ってください。 |
| 生年月日<br>昭和・平成　　年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 現住所<br>〒（　　－　　）<br><br>電話（　　）　　－　　携帯　　－　　－<br>アドレス | | |
| （帰省先等、現住所以外の連絡先，連絡手段を記入ください。）<br>〒（　　－　　）<br><br>電話（　　）　　－ | | |

| | 学校名 | 在学期間 | 修学区分 |
|---|---|---|---|
| 学歴 | 最終（現在） | S・H・R　　年　　月～　S・H・R　　年　　月 | 卒 ・ 卒見 ・ 中退<br>年在学中 |
| | その前 | S・H・R　　年　　月～　S・H・R　　年　　月 | 卒 ・ 卒見 ・ 中退<br>年在学中 |
| | その前 | S・H・R　　年　　月～　S・H・R　　年　　月 | 卒 ・ 卒見 ・ 中退<br>年在学中 |
| | その前 | S・H・R　　年　　月～　S・H・R　　年　　月 | 卒 ・ 卒見 ・ 中退<br>年在学中 |

| | 勤務先（部課名まで） | 勤務内容 | 勤務期間 |
|---|---|---|---|
| 職歴 | 最終（現在） | | S・H・R　　年　　月～　S・H・R　　年　　月 |
| | その前 | | S・H・R　　年　　月～　S・H・R　　年　　月 |
| | その前 | | S・H・R　　年　　月～　S・H・R　　年　　月 |
| | その前 | | S・H・R　　年　　月～　S・H・R　　年　　月 |
| | その前 | | S・H・R　　年　　月～　S・H・R　　年　　月 |

| | 名称 | 取得年月 | 名称 | 取得年月 |
|---|---|---|---|---|
| 資格・免許 | | | | |
| | | | | |

注1）試験区分は受験を希望する職種名（看護師，准看護師，薬剤師，臨床検査技師，放射線技師，理学療法士，作業療法士，臨床工学技士，栄養士，事務職など）を記入ください。
注2）太線枠内を記入ください。（受験番号は未記入）
注3）鉛筆以外の黒又は青の筆記具で記入ください。
注4）数字はアラビア数字で，文字をくずさず正確に記入ください。

| 氏名 | |
|---|---|
| 好きな学科、特技（パソコン等） | 趣味、スポーツなど |
| 志望の動機（理由） | |
| 希望記入欄（特に、やってみたい業務、勤務時間、勤務場所、その他の希望を記入ください。） | |

| | | |
|---|---|---|
| 長　　所 | 通　勤　時　間 | 約　　時間　　分 |
| | 通勤方法　　＊該当を〇で囲む<br>JR（電車）　バス　自動車　自転車　徒歩　その他 | |
| 短　　所 | 扶　養　家　族　数<br>（配偶者を除く） | 人 |
| | 配　　偶　　者 | 有　・　無 |
| | 配偶者の扶養義務 | 有　・　無 |