

# 三田市民病院職員 採用試験受験申込書

受験職種	※受験番号
薬剤師・作業療法士	

※該当欄には、自筆で必ず黒インキ又は黒ボールペンで正確かつ、明瞭に記入してください。

ふりがな	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>写真</p> <p>(タテ5.0<sup>センチ</sup>×ヨコ4.0<sup>センチ</sup>)</p> <p>・申込前、3ヶ月以内に撮ったもの</p> <p>・無帽、上半身、正面から撮影</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>受付印</p> <p>【受付印なしは無効】</p> </div>
本人氏名	
昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳 ) 男 ・ 女	
住所(通知の際の連絡先)	
郵便番号 — 電話 ( ) —	
不在時連絡先(住所と異なる場合のみ)	
郵便番号 — 電話 ( ) —	

学歴	学校名	学部・学科名	制度	在学期間			修学区分	
				年制	昭・平	年 月 日 から	卒業	卒見
			年制	昭・平	年 月 日 まで	修了	中退	
			年制	昭・平	年 月 日 から	卒業	卒見	
			年制	昭・平	年 月 日 まで	修了	中退	
			年制	昭・平	年 月 日 から	卒業	卒見	
			年制	昭・平	年 月 日 まで	修了	中退	
			年制	昭・平	年 月 日 から	卒業	卒見	
			年制	昭・平	年 月 日 まで	修了	中退	

職歴	勤務先	在職期間			職務内容
			昭・平	年 月 日 から	
		昭・平	年 月 日 まで		
		昭・平	年 月 日 から		
		昭・平	年 月 日 まで		
		昭・平	年 月 日 から		
		昭・平	年 月 日 まで		
		昭・平	年 月 日 から		
		昭・平	年 月 日 まで		

資格・免許	取得年月日	名称
	昭・平 年 月 日	
	昭・平 年 月 日	
	昭・平 年 月 日	

①当院を志望する理由について教えてください。

②志望する職種を志した動機または理由を教えてください。

③志望する職種に関する得意分野について教えてください。また、その専門知識を三田市民病院でどのように生かしたいですか。(実務経験者は実績にも触れたうえで教えてください。)

④ほかに応募している病院等がありますか。

⑤このスペースを自由に使い、あなたらしさを表現してください。(図、イラスト、写真等も使用可。立体不可。)

就業可能時期

平成 年 月 1 日付で就業可能

※就業可能時期は、平成29年10月から平成30年4月までの間で、勤務開始可能な時期を記載ください。

次の質問に教えてください。

ア 刑事事件について起訴、逮捕又は取り調べを受けたことがありますか。(はい・いいえ)

イ 禁錮以上の刑に処せられたことがありますか。(はい・いいえ)

ウ 成年被後見人や被保佐人の宣告を受けたことがありますか。(はい・いいえ)

私は当該受験案内に記載してある全ての内容について承諾します。

また、私は当該受験資格を全て満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏名:

印

自署し、必ず印鑑を押してください