

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
診療放射線技師・管理栄養士	

ふりがな				写真 (タテ5.0センチ×ヨコ4.0センチ) ・申込前、3ヶ月以内に撮ったもの ・無帽、上半身、正面から撮影 受付印 【受付印なしは無効】				
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
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		
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これまでに直面した一番困難な出来事は何ですか。またどのようにしてその状況を乗り越えましたか。それぞれ具体的に教えてください。

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 29 年 4 月 1 日付で就業可能
--------	-----------------------

次の質問に答えてください。

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