

# 小牧市民病院職員採用試験申込書

試験区分	<input type="checkbox"/> 理学療法士
	<input type="checkbox"/> 作業療法士
	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士

※小牧市民病院記入欄	
受付	受験番号

**写 真**

この枠内で  
収まる大きさ  
(縦4cm×横3cm以上)

(6ヵ月以内に撮影したもの)  
なお、写真の裏面に氏名を記入  
して下さい。

試験区分欄の口にレ印を記入してください。

ふりがな 氏名			平成 年 月 日生	男・女
			年齢 歳 (平成31年4月1日現在)	
現住所	〒 Tel (必ず連絡の取れる電話番号を記入。携帯可。)			
緊急連絡先 又は帰省先 (上記以外の場合に記入)	〒 Tel			
学歴	学校名	学部学科名	在学期間	
	中学校		年 月～年 月	卒業
			年 月～年 月	卒・卒見込・退
			年 月～年 月	卒・卒見込・退
職歴	勤務先	所在地	職務内容	在職期間
				年 月～年 月
				年 月～年 月
				年 月～年 月
				年 月～年 月
資格・免許	資格・免許名	取得年月日	発行者	
		年 月		
		年 月		
		年 月		

自 分 の 性 格		趣味・特技	
健 康 状 態 (いずれかに○をつけてください)		健 康 ・ そ の 他 ( ) <small>※その他に○をつけた場合は、その状況を記入してください。</small>	
志望理由(小牧市民病院に就職を希望する理由を記入してください。)			
自己PR (これまでの経験の中で最もPRしたい内容などを自由に記入してください。)			
上記のとおり相違ありません。 平成30年 月 日 氏 名 (自署)			

(記入上の注意)

- 1 黒または青インキで記入し、数字は算用数字を使用してください。
- 2 資格・免許の欄には、受験する職種の資格について必ず記入(取得見込みの場合はその旨を記入)してください。
- 3 用紙の大きさは、日本工業規格A4としてください。