小牧市民病院職員採用試験申込書

写　　真

(3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。

|  |
| --- |
| ※小牧市民病院記入欄 |
| 受　　　　付 | 受　験　番　号 |
|  |  |
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| 試　験　区　分 | □ 薬剤師□ 理学療法士□ 作業療法士□ 言語聴覚士□ 臨床工学技士 |

この枠内で

収まる大きさ

(縦4cm×横3cm以上)

試験区分欄の□にレ印を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 平成　　　年　　月　　日生年齢　　歳（令和8年4月1日現在） |
|  |
| 現住所 | 〒℡E-mail @(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） | 〒℡ |
| 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 |
|  |  | 　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 |
|  |  |  | 　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※その他に○をつけた場合は、その状況を記入してください。 |
| 車いすを使用するなど、試験会場について何らかの配慮を必要とされる人は、右欄に具体的に記入してください。 |  |
| 志望理由(小牧市民病院に就職を希望する理由と取り組んでみたい仕事を記入してください。） |
| 自己ＰＲ（学生時代に打ち込んだことやボランティア活動の経験など、これまでの経験の中で最もＰＲしたい内容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。　　令和７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　試験区分の欄は**希望される職種の欄にレ印を記入**してください。

３　**資格・免許の欄に受験する職種の資格について必ず記入し、取得見込みの場合はその旨を記入**してください。

４　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４として**片面印刷**をして使用してください。また、必ず２ページに収まるように印刷してください。