

白山石川医療企業団職員採用候補者試験申込書（平成30年度）

（薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床検査技師・診療放射線技師）

職 種	※受付年月日			※受験番号		写 真 貼 付 (3.5cm×4.5cm) 最近6か月以内に撮影したもの  上半身脱帽正面
ふりがな				性別		
氏 名				男 女		
生年月日（昭和か平成を○で囲う） 昭和 年 月 日生（満 歳） 平成						
現住所（〒 - ）					電話（ ） -	
連絡先（〒 - ）*常に連絡がとれる住所を記入してください					電話（ ） -	
（連絡先欄は現住所と同じ場合は記入不要です）						
学 歴  （中学校から 最終学校まで 学部科名の別 を記載してく ださい）	昭和平成	年	月	日	（詳細に記載してください）	
					中学校卒業	
					高等学校入学	
					高等学校卒業	
職 歴  （いわゆるア ルバイトは含 まれない）						
免許・資格等 取得年月日 （見込含む）						

（注）1 ※印欄は、記入しないでください。

2 ダウンロードした申込書を印刷する場合は、A4版白色に白黒印刷、両面印刷にしてください。

3 黒インクまたは黒ボールペンを用い、楷書で自筆してください。

志望の動機（詳細に記載してください）				
学 生 活	得意な科目		不得意な科目	
	専攻学科及び理由			
	学科名		理由	
	スポーツ・サークル活動		選手経験（大会出場等）	
趣味・ 特技等	趣味			
	特技		愛好するスポーツ	
身体 状 況	身 長	体 重	視 力	
	・ cm	・ kg	右	・ (矯正視力 ・ )
			左	・ (矯正視力 ・ )
<p>私は、地方公務員法第16条（成人被後見人等）に該当しておりません。</p> <p>また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成    年    月    日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">印</span></p>				