

(介護福祉士)

# 大田市立病院職員採用試験申込書

①試験区分 <b>介護福祉士</b>	②実施区分 資格取得見込者 資格取得者	※受験番号	写真貼付 1. 写真は2か月以内に撮影したもの 2. 写真サイズ (縦4.0cm×横3.0cm)
② ふりがな 氏名	③性別		
④ 生年月日	昭和 平成 年 月 日		
⑤受験票・試験結果通知送付先住所(寮・アパート名等を明確に記入)			
〒 - 電話番号 ( ) - ( ) 方呼出			
ふりがな			
都道府県		市郡	区町村 番地
ふりがな			
アパート名等			
⑥現住所(⑤の送付先住所と異なる場合のみ記入。⑤と同じ場合は記入不要)			
〒 - 電話番号 ( ) - ( ) 方呼出			
ふりがな			
都道府県		市郡	区町村 番地
ふりがな			
アパート名等			
⑦学歴(中学校入学以降の期間を記入)			
在学期間		学校名・学部学科名等	
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
⑧職歴(職歴がある場合のみ記入)			
在職期間		会社名等	従事内容
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
⑨資格・免許(受験資格の要件とされている免許・資格のみ記入)			
資格等の名称		取得(見込)年月日	
		平成 令和 年 月 取得 取得見込	
		平成 令和 年 月 取得 取得見込	

(注) 黒インク又は黒のボールペンを用い、自筆にて記入してください。

数字は算用数字を使用してください。

※欄は記入しないで下さい。

記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。