

※ 受験番号

地方独立行政法人 桑名市総合医療センター 職員採用試験申込書

提出日 令和 年 月 日

(写真欄)

同じ写真を2枚用意し、内
一枚をここに貼ってください。
(1)写真は申込み前6か月
以内に帽子をつけずに
正面上半身を撮影した縦4
cm、横3cmで、本人と確認
できる必要があります。
(2)写真の裏面には、氏名
を書いてください。

職種					
1	介護福祉士				
フリガナ	生年月日・年齢				
氏名	昭和		年	月	日生
	平成				
	満		歳	(令和	年 月 日現在)
現住所 【受験票送付先】 (アパート等に居住の場合は、その名称まで詳しく記入)					
〒 -			Tel () - 携帯		
連絡先 (帰省地など、現住所以外の連絡場所がある場合に記入)					
〒 -			Tel () - 携帯		
学歴 (高校から順にすべて記入)					
学 校 名		学 部 名	学 科 名	期 間	区 分
				年 月から	卒 年中退
				年 月まで	卒見込 年在学
				年 月から	卒 年中退
				年 月まで	卒見込 年在学
				年 月から	卒 年中退
				年 月まで	卒見込 年在学
年	月	職 歴			
年	月	免 許 ・ 資 格			

(注) この申込書の記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。