

平成29年度実施 伊万里・有田地区医療福祉組合職員採用試験(4/1採用予定)申込書

申込書(兼)履歴票

出欠欄			
教養	作文	面接	健康診断

(ふりがな) 1 氏名		受験番号			
2 生年月日 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 平成 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 女 平成30年4月1日現在 満 才	試験区分				
3 現住所(住民基本台帳に記載されている住所)番地まで詳しく記入すること。〒( ) (ふりがな)					
TEL		(呼出し 方)			
4 連絡先(合格通知書等の送付先) 〒( )					
TEL		(呼出し 方)			
5 学歴	学校名	学部	学科	修学状況	写真欄 ・ 大きさ 縦4cm×3cm 6ヵ月以内に無帽、上半身、正面向きで撮ったもので本人と確認できるもの 写真の裏面に必ず氏名を記入し、のりをつけてこの欄に貼ってください
				昭和 年 月 卒 平成 ( )年中退	
				昭和 年 月 卒 平成 ( )年中退	
(最終学歴)				昭和 年 月 卒・卒見込 平成 卒・卒見込 修了・修了見込	
6 職歴		事業所名			
年 月 ~ 年 月					
年 月 ~ 年 月					
年 月 ~ 年 月					
平成30年 月 日					
氏名(自筆)					

※平成30年1月31日(水)までに伊万里有田共立病院事務局へ提出してください。

## 面接カード

受験番号

氏名

最終学歴

- 大学院(博士・修士・専門職)  
 大学  
 専門学校(看護学校・他)  
 その他

- 終了・卒業  
 在学(卒業見込み)  
 中退

専攻分野

職歴

これまでに取り組んだ活動・体験

①学業や職務において

②社会的活動や学生生活において(アルバイトを含む)

関心事項

趣味、資格など

志望動機

自分の長所

配偶者及び扶養親族

配偶者  有  無

扶養家族(配偶者を除く) 人