

平成27年度実施 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
看護師（正規職員）採用試験受験申込書

第1希望 配属先	<input type="checkbox"/> リハビリテーション中央病院(神戸市西区曙町) <input type="checkbox"/> リハビリテーション西播磨病院(たつの市新宮町光都) <input type="checkbox"/> 福祉施設等 (施設名: _____)		
フリガナ		性別	受験番号※
氏名		男・女	
生年月日	S・H 年 月 日生(平成28年4月1日現在 満 歳)	配偶者 有・無	扶養家族数 人
フリガナ	〒 _____ TEL (_____) - _____		写真を貼ってください (4.0cm×3.5cm) 申請以前6箇月以内の 写真で上半身・無帽・正 面向
現住所 (通知先)	〒 _____ TEL (_____) - _____		
フリガナ	〒 _____ TEL (_____) - _____		
連絡先 (現住所以外に 連絡を希望す る場合)	〒 _____ TEL (_____) - _____		
携帯電話			
E-mail	PC _____ Mobile _____		

※受験番号は記入しないでください。

学歴 <small>最終学校から順 に記入(在学中 の学校名も記入 してください)</small>	学校名/学部学科	在学期間(卒業見込期間も記入)	区分
			年 月から 年 月 年 月まで
		年 月から 年 月 年 月まで	卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月 年 月まで	卒業・卒見・中退
	中学校	年 月から 年 月 年 月まで	卒業

職歴 <small>(新しい職歴から 順に記入)</small>	勤務先	在籍期間	担当業務
			年 月から 年 月 年 月まで
		年 月から 年 月 年 月まで	
		年 月から 年 月 年 月まで	
		年 月から 年 月 年 月まで	

資格免許	名称	取得(見込)年月日	区分
			年 月
		年 月	取得・取得見込

私は、看護師採用試験を受験したいので本書のとおり申し込みます。また、この受験申込書記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印 _____ (必ず署名・押印してください)

正規職員採用試験の受験者のみ

平成27年度 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
採用試験
受験票

受験職種	看護師
受験番号	※
(ふりがな) 氏名	

(写真貼付欄)
この欄に必ず写真を
はって下さい。

写真は4.0cm×3.5cm
上半身、脱帽、正面
向きで、申込前6ヶ月
以内のもの。

※受験番号欄は記入しないで下さい。

採用希望日	※「平成 27 年度中途採用」又は「平成 28 年 4 月 1 日」 を記入	
受験希望日	試 験 日	受験希望日の番号を左記に記入 ① 1 2 月 1 4 日 (月) ② 月 日 () ※左記に②を記入する場合は、相談 受付後、決定した受験日を上記② に記入
試験会場	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団事務局 〒651-2134 神戸市西区曙町1070 TEL 078-929-5655(代表)	

受験の注意事項

- 1 受験の際は、この受験票及び筆記用具を持参して、定刻までにおいで下さい。
- 2 受付でこの受験票を提示した後、試験会場に入って下さい。
- 3 時計を持参する場合は、時計機能だけのものに限り、携帯電話を時計として使用することはできません。
- 4 試験中は、携帯電話の電源を切って下さい。
- 5 この受験票は、試験中に回収します。

- * 1 太枠のみ(氏名、ふりがな、採用希望日、受験希望日)記入し、写真貼付欄に写真をはりつけて下さい。
- * 2 受験番号欄は記入しないで下さい。
- * 3 受験票は切り取らずに返送して下さい。