

平成29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**

配属希望先	第1希望	第2希望	勤務地区分			
	□	□	リハビリテーション中央病院(神戸市西区曙町)			
	□	□	リハビリテーション西播磨病院(たつの市新宮町光都)			
	□	□	福祉施設等(施設名: _____)			
※希望する勤務地区分の欄に○を記入して下さい。						
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30年4月1日現在 満 歳)		
フリガナ			配偶者	有・無		
フリガナ			扶養家族数	人		
現住所 (通知先)	〒			TEL ( _____ ) - _____		
フリガナ			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           写真を貼ってください            (4.0cm×3.5cm)            申請以前3箇月以内の写真で上半身・無帽・正面向き         </div>			
連絡先 (現住所以外に連絡を希望する場合)	〒				TEL ( _____ ) - _____	
フリガナ						
携帯電話						
E-mail	PC _____					
	Mobile _____					

※受験番号は記入しないでください。

	学校名/学部学科	在学期間(卒業見込期間も記入)	区分
<b>学歴</b> <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>		年 月から 年 月まで	年 卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで	年 卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで	年 卒業・卒見・中退
	中学校	年 月から 年 月まで	年 卒業

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

	名称	取得(見込)年月日	区分
<b>資格免許</b>		年 月	取得・取得見込
		年 月	取得・取得見込
		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)