

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 氏名			性別	受験番号※
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 現住所 (通知先)	〒		TEL () - -	
フリガナ 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			

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

※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
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>		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
職歴 <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
資格免許		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)