

平成30年度実施 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
病院看護師(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) | |
| ※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 男・女 | 受験番号※ |
| 生年月日 | S・H 年 月 日生(平成31年4月1日現在 満 歳) | 配偶者 | 有・無 | 扶養家族数 人 |
| フリガナ 現住所 (通知先) | 〒 TEL () - - | | 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 | |
| フリガナ 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 | □正社員 □契約社員 □パート □その他() |
| | | 年 月から 年 月 年 月まで | □正社員 □契約社員 □パート □その他() |
| | | 年 月から 年 月 年 月まで | □正社員 □契約社員 □パート □その他() |

| | | |
|-------------------------------------------------|-----------|-----|
| 賞罰 <small>ある場合は賞罰 内容・年月日を記 入</small> | □あり ・ □なし | |
| | 賞罰内容 | 年月日 |
| | | 年 月 |
| | | 年 月 |

| 資格免許 | 名称 | 取得(見込)年月日 | 区分 | |
|------|----|-----------|-----|---------|
| | | | 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)