

令和元年度実施 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	第3希望	勤務地区分		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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※	
				男・女		
生年月日	S・H	年	月	日生(令和2年3月31日現在 満 歳)	配偶者	有・無
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	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他(_____)
		年 月から 年 月 年 月まで	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他(_____)
		年 月から 年 月 年 月まで	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他(_____)
		年 月から 年 月 年 月まで	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他(_____)
		年 月から 年 月 年 月まで	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他(_____)

賞罰 <small>ある場合は賞罰 内容・年月日を 記入</small>	□ある ・ □ない	
	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
		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。

令和 年 月 日

氏名

印

(必ず署名・押印してください)