

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		
	□	□	□	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(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 (_____) - _____					
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
学歴 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)		年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
	中学校	年 月から 年 月まで	卒業

	勤務先	在籍期間	担当業務
職歴 (新しい職歴から順に記入)		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	□正社員 □契約社員 □パート □その他(_____)
		年 月から 年 月まで	年 月
		年 月から 年 月まで	年 月

基本的なパソコンスキル	<input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> PowerPoint <input type="checkbox"/> OutLook <input type="checkbox"/> その他(_____) ※基本的な操作ができるものにチェックを入れてください。
-------------	--

	名称	取得(見込)年月日	区分
資格免許	普通自動車免許	年 月	取得・取得見込
	看護師免許	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。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印 _____ (必ず署名・押印してください)