

令和2年度実施 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
第3回・第4回 看護師(正規職員)採用試験受験申込書

区 分	<input type="checkbox"/> 第3回 8月22日(土)		第1希望	第2希望	第3希望	勤務地区分	
	<input type="checkbox"/> 第4回 9月26日(土)		<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)	
	※希望の日程に○を記入してください。		<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						性別	受験番号※
氏 名						男・女	
生年月日	S・H	年	月	日	日生(令和3年3月31日現在 満 歳)		配偶者 有・無
フリガナ							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
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 (_____) - _____ - _____						
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

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 月まで 年 月	
			年 月から 年 月まで 年 月	
			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。	

資格免許	名称	取得(見込)年月日	区 分	
		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)