

北見赤十字病院 職員採用試験願書

※受付年月日	平成 年 月 日
※受付番号	

受験希望職種	看護師・助産師	平成 年 月 日現在
--------	---------	------------

写 真
無帽、上半身
(3ヶ月以内に撮影のもの) (裏面に氏名を記名する)
4×5cm

ふりがな		男・女
氏名	印	
生年月日	昭和 年 月 日 (才)	

ふりがな			TEL	-	-
現住所	〒		携帯	-	-
緊急時の連絡先	住所	〒	TEL	-	-
	ふりがな		携帯	-	-
	氏名		本人との関係		

(注)緊急時の連絡先は、通知等の送付先が現住所と違う場合にのみ記入すること

学歴	就業期間	学校・学部・学科名
	年月日～年月	卒業・卒業見込・中退
年月日～年月	卒業・卒業見込・中退	
年月日～年月	卒業・卒業見込・中退	
年月日～年月	卒業・卒業見込・中退	
年月日～年月	卒業・卒業見込・中退	
年月日～年月	卒業・卒業見込・中退	

(注)学歴については、中学校から記入のこと

職歴	勤務期間	勤務先名(診療科)等
	年月日～年月	
年月日～年月		
年月日～年月		
年月日～年月		
年月日～年月		

賞罰等	
-----	--

- 記入上の注意
- ※印欄を除き、本人が楷書で記入すること
 - 該当事項を○で囲むこと
 - 記入できない場合は別紙にて添付すること

免許・検定 (英検) 等	取得年月日	免許番号	免許・検定・その他の資格名
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

志望動機			
ボランティア・社会活動等			
得意学科			
趣 味			
所属クラブ(高校・大学・看護系学校も含めて)			
健康状況・既往歴			
性 格			
勤務希望部署等			
職員募集に 関して	ホームページを見ましたか ・はい ・いいえ	ポスターをみましたか ・はい ・いいえ	【 その他 】