

白山石川医療企業団職員採用候補者試験申込書（令和2年度）

職 種	※受付年月日		※受験番号		写 真 貼 付 (3.5cm×4.5cm) 最近6か月以内に撮影したもの 上半身脱帽正面
ふりがな			性別		
氏 名			男 女		
生年月日（昭和か平成を○で囲う） 昭和 年 月 日生（満 歳） 平成					
現住所（〒 - ）				電話（ ） -	
連絡先（〒 - ）*常に連絡がとれる住所を記入してください				電話（ ） -	
（連絡先欄は現住所と同じ場合は記入不要です）					
学 歴 (中学校から 最終学校まで 学部科名の別 を記載してく ださい)	平成・令和	年	月	日	(詳細に記載してください)
					中学校卒業
					高等学校入学
					高等学校卒業
職 歴 (いわゆるア ルバイトは含 まれない)					
免許・資格等 取得年月日 (見込含む)					

(注) 1 ※印欄は、記入しないでください。

2 ダウンロードした申込書を印刷する場合は、A4版白色に白黒印刷、両面印刷にしてください。

3 黒インクまたは黒ボールペンをうい、楷書で自筆してください。

