

神戸市民病院機構 職員採用選考申込書

写真欄

(4cm×3cm)

写真票と同一のものを申し込み時に必ず貼付してください。

写真の裏面に氏名を記入してください。

※印欄以外はもれなく記入してください。

選考職種						
診療放射線技師 <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B						
※受験番号	1.氏名			2.生年月日	3.年齢	
	ふりがな こうべ たろう (男)			昭和 55年 11月 5日	平成24年4月1日現在 31歳	
神戸 太郎 女						
4.現住所						
〒(650 - 0046) 電話(078) 940 - 0155 緊急連絡先(携帯電話等) () - ふりがな こうべし ちゅうおうく みなとじまみなみまち しみんびょういんまえ						
神戸市中央区港島南町2丁目1-11 市民病院前ビル3階						
5.帰省地(現住所と異なる場合のみ)						
〒() 電話() - ふりがな						
6.学歴						
(最終学校名)	(学科・課程名)	(所在地(市区町村まで))	(在学期間)	(年制、卒業(見込)等)		
〇〇大学	医学部〇〇学科	神戸市中央区	平成10年4月から 平成14年3月まで	4年制 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込		
(その前) 〇〇高校	普通科	兵庫県宝塚市	平成7年4月から 平成10年3月まで	3年制 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退		
(その前) △△中学校		兵庫県宝塚市	平成4年4月から 平成7年3月まで	3年制 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退		
7.職歴						
(最近の勤務先)	(部課名)	(所在地(市区町村まで))	(在職期間)	(在職・退職)	(雇用形態)	(職務内容)
〇〇病院	〇〇部	神戸市中央区	平成14年4月から 年 月まで	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職	<input checked="" type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	放射線治療・一般撮影
(その前)			年 月から 年 月まで	退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)			年 月から 年 月まで	退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)			年 月から 年 月まで	退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)			年 月から 年 月まで	退職	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
※今までの職歴(自営業を含む)をすべて記入してください。記入欄が足りない場合は、適当な用紙を補足して書いてください。						
8.資格、免許の名称及び取得年月		私は、応募資格をすべて満たしており、またこの申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。(必ず本人自署のこと)			※受付印	
〇〇〇 平成〇年〇月取得		平成 24年 1月 30日 氏名 神戸 太郎				
これより下は何も書かないでください						