

受 付 印

平成 2 9 年 度 小 田 原 市 立 病 院 職 員 採 用 試 験 申 込 書

※

試 験 区 分		受 験 番 号
1	理学療法士	※

1 ふりがな 氏 名	昭和・平成 年 月 日生 男・女 (満 歳)				
	※ 年齢は、平成 2 9 年 4 月 1 日現在で記入してください。				
2 国 籍	ア 日本国 イ ()			※	
3 現 住 所	〒 電話 ()	自宅・下宿・親戚 アパート・学生寮		写 真 脱帽上半身 3 箇月以内撮影 縦 5×横 4cm	
4 連 絡 先	〒 電話 () 携帯電話				
5 学 歴 (最終学歴 (在学中を含む。) から順に 3 箇所を記入してください。)					
学 校 名	学部学科名	一部・二部・ 通信・全日・ 定時制の別	所 在 地	期 間 (元号で記入)	修学区分
最終学歴				年 月から 年 月まで	卒業 卒業見込
				年 月から 年 月まで	卒業
				年 月から 年 月まで	
6 職 歴 (これまでに就職した場合は、新しい順にもれなく記入してください。)					
勤 務 先	職 務 内 容	雇 用 形 態	所 在 地	期 間 (元号で記入)	退 職 理 由
		正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	
		正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	
		正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	
		正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	

7	特殊技能	自動車運転免許、保育士、幼稚園教諭、栄養士、作業療法士、保健師、助産師、看護師、学芸員、司書、測量士、珠算等を記入してください（取得見込みを含みます。）。
	取得年月日	資格・特技
	年 月 日 取得・取得見込	
	年 月 日 取得・取得見込	
	年 月 日 取得・取得見込	
	年 月 日 取得・取得見込	
8	当院を志望する理由を挙げ、その説明を200字程度で記入してください。	
	志望する理由： _____	

9	次の質問に答えてください（該当する文字を○で囲んでください。）。	
	(1) 後見開始又は補佐開始の審判（準禁治産者の宣告）を受けたことがありますか。 ア ある イ ない	
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたことがありますか。 ア ある イ ない	
	(3) 懲戒免職になったことがありますか。 ア ある イ ない	
	(4) 政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入したことがありますか。 ア ある イ ない	
	(5) 大きな病気をしたことがありますか。 ア ある イ ない	
	この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。	
	平成 年 月 日	
	氏 名	

- (記入上の注意)
- ※印欄を除いて、すべての欄に記入してください。
 - 記入は、黒又は青のインクを用いてください。
 - 受験票等通知の先を、表面の3又は4に○印をして指定してください。