

日本赤十字社長崎原爆病院 採用試験申込書（理学療法士・作業療法士）

令和 年 月 日現在

写真を貼る位置
 申込 3 ヶ月以内に撮
 影されたもの
 縦 4cm×横 3cm

ふりがな					TEL _____ 携帯 _____
氏名 (旧姓)	() ㊟				
生年月日	年	月	日生 (満 歳)	男	女
ふりがな	〒 _____				TEL
現住所					携帯
Eメール	① _____				
	② _____				
ふりがな					TEL
連絡先	〒 _____ (現住所以外に連絡を必要とする場合のみ記入)				携帯
	方				
配偶者	有 ・ 無	配偶者の 扶養義務	有 ・ 無	扶養家族数 (配偶者を除く)	人

学 歴 (高校から)	年 月 入学	
	年 月 卒業	
	年 月 入学	
	年 月 卒業	
	年 月 入学	
	年 月 卒業	
職 歴	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
免 許 資 格	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
その他	最近の健康状態 既往症	身体障害者手帳の有無 有 (級) ・ 無

氏名（ふりがな）

受験番号
（記入しない）

志望動機

スポーツ・クラブ活動・文化活動の記録及びその体験から学んだこと

趣味・特技

長所・短所

自己PR

私は、上記の採用試験を受験したいので申し込みます。
また、この申込書の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

氏名（自署）

- ・記載事項に虚偽があった場合には、採用を取り消すことがあります。