

# 令和7年度 伊東市民病院職員 採用選考受験申込書

**【注】**

記入にあたっては黒インクまたは黒ボールペンを用い、正確に書いてください。

該当のない事項は「なし」と記入し、

< >内については該当する項目を○印で囲んでください。

虚偽の記載をすると、採用される資格を失うことがあります。

写真添付  
2.5cm × 3.5cm

正面・上半身・  
脱帽で提出日前  
3か月以内に撮影

※印は記入不要

※受験番号		※受験日 令和 年 月 日		受験職種 < 看護師 ・ 助産師 >	
フリガナ		記入日		年 月 日	
氏名		昭和・平成		年 月 日生	
		< 男 ・ 女 >		( 歳)	
現住所	現住所			〒	
				TEL	
	合格通知等の送付先住所(上記と同じ場合は記入不要)			〒	
				TEL	
E-mail:			TEL(緊急時)		
学歴	高校		科	H・R	年 月 入学
				H・R	年 月 卒業
	短大・高専		学部	H・R	年 月 入学
	専門・大学・院		科	H・R	年 月 卒・卒業見込
	短大・高専		学部	H・R	年 月 入学
	専門・大学・院		科	H・R	年 月 卒・卒業見込
短大・高専		学部	H・R	年 月 入学	
専門・大学・院		科	H・R	年 月 卒・卒業見込	
職歴 アルバイト	最近のものから順に記入してください 職歴がない期間については「在家庭」と記入				
	勤務先名	所在地 (都道府県)	在職期間		身分 (○で囲む)
			S・H・R	年 月から	正規・非常勤
			S・H・R	年 月まで	
			S・H・R	年 月から	正規・非常勤
			S・H・R	年 月まで	
			S・H・R	年 月から	正規・非常勤
			S・H・R	年 月まで	
			S・H・R	年 月から	正規・非常勤
			S・H・R	年 月まで	
		S・H・R	年 月から	正規・非常勤	
		S・H・R	年 月まで		

