**受験申込書：履歴書　　　（小野田赤十字病院）**

令和　　　年　　　月　　　日現在

|  |
| --- |
|  |
| 職　種証明写真貼付3cm×4cm3ヶ月以内に撮影のもの |
| 介護職員 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　（S・H　　　）年　　　月　　　日生　　　満　　　歳 |
| ふりがな |  | 電話番号携帯電話番号 |
| 現住所 | 〒　　　－ |
| 受験票送付先 | 〒　　　－ |
| 緊急時の連絡先 | 住所 | 〒　　　－ | 電話番号本人との関係 |
| 氏名 |  |

注：１）緊急時の連絡先は、現住所に連絡がつかない場合の連絡先を記入のこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学　　　　歴 | 修業期間 | 学校　・学部　・　学科名 |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |

注：２）学歴については中学校から記入のこと。

小野田赤十字病院

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　　　歴 | 職　務　期　間 | 勤務先名 |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許・検定等 | 取得（見込）年月日 | 免許番号 | 免許・検定その他資格等 |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　　月 |  |  |

|  |
| --- |
| 志望動機 |
| 得意学科 | 通勤時間　　　 約　　　時間 　　分 |
| 私の性格 | 扶養家族数（配偶者を除く）　　　　　 　　　　　 　人 |
| その他 | 配偶者* 有・無
 | 配偶者の扶養義務* 有・無
 |