

平成31年度新規採用
松江赤十字病院

職員採用試験受験申込書

※ 受験番号	
—	番

1. 黒インク又は黒のボールペンを用い、楷書で丁寧に記入してください。
2. ※は記入しないでください。

写 真

1. 縦 6, 0cm
横 4, 5cm
2. 本人単身胸上無帽
3. 3ヶ月以内撮影
4. 裏面に氏名を記載し、のり付けしてください

受験職種	言語聴覚士	免許取得 又は免許 取得見込	免許の種類(どちらかに○) 言語聴覚士免許 取得済・取得見込	
ふりがな			性別	印
氏名			男・女	
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	平成31年4月1日現在 満 歳	

ふりがな			市外局番()
現住所	(寮・下宿等の場合は建物の名称・同居先を明確に記入してください。)		TEL —
連絡先	(書類送付・問合わせ等に都合のよい所を記入してください。)		TEL () 方呼出)
E-mail	(必ず連絡の取れるアドレスを記載して下さい。)		

学 歴(最終学歴から順に中学校卒業までを記入してください。)

学 校 の 名 称	学 部 ・ 科 ・ 専 攻	所 在 地 (市 区 郡 まで)	修 学 区 分 (該 当 する 口 の 中 に V 印 を)
			年 月 入 年 月 口卒 口卒見込
			年 月 入 年 月 卒
			年 月 入 年 月 卒
			年 月 入 年 月 卒

職 歴(卒業後現在までの職歴を順に詳しく記入してください。)

勤 務 先 (部 ・ 課 まで)	所 在 地 (市 区 郡 まで)	在 職 期 間	職 務 内 容
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	

資格・免許等(*記入例 ○○免許 平成30年4月取得、○○免許取得見込 平成31年4月)

エントリーシート

受験職種（言語聴覚士）

ふりがな 氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日生（歳）
------------	--	------	----------	---	---	-------

自覚して いる性格	
クラブ活動 及び趣味	
得意科目 及び研究 課題	
特技・資格	
志望動機	

〈就職活動等の状況について設問にお答えください。〉

① 当院の他に就職活動を行っている(又は行う予定)病院あるいは企業がありますか。 はい いいえ
② ①で「はい」と回答された場合は病院名及び企業名をお答えください。(複数の場合は複数記載して下さい。) _____
③ 大学院等に進学ของ希望がありますか。 はい いいえ
④ ③で「はい」と回答された場合は大学名をお答えください。 _____

松江赤十字病院 職員採用試験

受験票

(写真欄)

1. 申込時に写真を貼ってください。
2. 写真は、申込前3ヶ月以内に帽子をつけないで上半身正面向を撮った大きさ縦6.0cm横4.5cmのものを貼ってください。

月 日 撮影

* 受験番号	受験職種
— 番	言語聴覚士

(ふりがな)

氏名

試験日 平成30年8月17日(金)

受付時間 9時00分 ~ 9時20分まで

試験場 松江赤十字病院
本館6階会議室
(松江市母衣町200番地)

試験時間 9時30分~

受験心得

1. 受験の際は必ず本票を持参して定刻までにおいでください。
2. 試験当日は、鉛筆・消しゴムを持参してください。
(鉛筆はHBを準備してください。シャープペンシル可)
3. 時計を持参する場合は、時計機能だけのものに限りません。
4. ポケットベル、携帯電話の電源は必ず切ってください。

* 欄は記入しないでください。