

松江赤十字病院
臨時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 4.0cm
2. 本人単身胸上無帽
3. 6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	※免許取得が受験要件となる場合は、資格免許証の写しを必ず提出して下さい。	
ふりがな		性別	印
氏名		男 ・ 女	
生年月日	昭和 平成	年 月 日 生	歳

ふりがな		(携帯電話)
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。) 〒	
E-mail		(必ず連絡の取れるアドレスを記載して下さい。)

学 歴(最終学歴から順に記入してください。)

学校名称	学部・科・専攻	所在地(市区郡まで)	修学区分(該当する□の中に✓印を)
			年 月 入 年 月 □卒 □卒見込
			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 令和3年4月取得、○○免許取得見込 令和4年4月)

.....

.....

【志望動機】	
.....	
.....	
.....	
【自覚している性格】	【趣味・特技・資格等】
.....
.....

松江赤十字病院 臨時職員採用試験

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6ヶ月以内に帽子をつけないで上半身正面を撮った大きさ縦6.0cm横4.0cm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 令和 年 月 日 ()

受付時間 時 分から 時 分まで

試験場 松江赤十字病院

(松江市母衣町200番地)

試験時間 時 分から

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. 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。