

令和4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

- 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。
- ※は記入しないでください。

写真

- 縦 6, 0cm  
横 4, 5cm
- 本人単身胸上無帽
- 3ヶ月以内撮影
- 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 言語聴覚士 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	令和4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 —
ふりがな		( 方呼出)
連絡先	(書類送付・問い合わせ等に都合のよい所を記入してください。)	TEL 携帯
E-mail (試験連絡先)	(※英字・数字・記号・大小文字等、区別しにくい部分はカナ注釈を付けてください。) 【カナ注釈】	

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✓印を)
			年 月 入 年 月 □卒 □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 令和3年4月取得、○○免許取得見込 令和4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。	_____	