

平成29年度 (平成30年4月1日採用)

公益財団法人岩手県予防医学協会採用試験申込書

(平成 年 月 日作成)

受付番号	※		受験番号	※	
受験職種					
(フリガナ)				性	別
氏名				男	・ 女
生年月日	昭和 平成	年	月	日生	歳 (平成30年4月1日現在)
現住所	〒				
	TEL ( ) - ( ) - ( ) 携帯電話 ( ) - ( ) - ( )				
通知の際の連絡先	〒				
	TEL ( ) - ( ) - ( ) 携帯電話 ( ) - ( ) - ( )				
	(合格通知および申込書受付後の連絡先となります。連絡のつくところを記入してください。)				
学 歴	学 校 名	学部・学科名	期 間	修 学 区 分	
	(最終)		年 月から 年 月まで	修了・修了見込・卒業・卒業見込 __学年在学中・ __学年中退	
	(その前)		年 月から 年 月まで	修了・卒業・ __学年中退	
	(その前)		年 月から 年 月まで	修了・卒業・ __学年中退	
職 歴	勤 務 先	雇用形態 <small>いずれかに○印</small>	期 間	職務内容	
		正職員・正職員以外	年 月から 年 月まで		
		正職員・正職員以外	年 月から 年 月まで		
		正職員・正職員以外	年 月から 年 月まで		
		正職員・正職員以外	年 月から 年 月まで		
免許資格	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
公益財団法人岩手県予防医学協会採用試験の受験歴 (該当する□にレ印をつけてください) <input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目以上 ※2回目以上の方は直近の受験年月：平成 年 月					

(写真欄)  
 写真は申込前3ヶ月以内に撮影した上半身・脱帽・正面向きで、本人と確認できる縦4.0cm横3.0cmのものを貼ってください。

※欄は記入しないでください。

裏面につづく

