

平成28年度 (平成29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	※	
試験職種					
(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29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 () - () - () (第1次試験合格通知及び受験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	
職 歴	勤 務 先	所 在 地	期 間	職務内容・雇用形態	
			年 月から 年 月まで	正職員・ 上記以外	
			年 月から 年 月まで	正職員・ 上記以外	
			年 月から 年 月まで	正職員・ 上記以外	
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	
志望動機、特技、好きな学科など					

(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4.5cm横3.5cmのものを貼ってください。

※欄は記入しないでください。