

令和9年度 公益財団法人岩手県予防医学協会採用試験申込書

(令和 年 月 日作成)

受付番号	※	受験番号	※	<p style="text-align: center;">(写真欄)</p> <p>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。</p>	
受験職種					
(フリガナ)		性 別			
氏名					
生年月日	昭和 平成	年	月	日生	歳 (令和9年4月1日現在)
現住所	〒				
	TEL () - () - () 携帯電話 () - () - ()				
各種通知時の連絡先	〒				
	TEL () - () - () 携帯電話 () - () - ()				
	(か)				
	メールアドレス				
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	
高等学校等から最終学歴まで在学中の場合も含み記入してください。					
職 歴	勤 務 先	雇用形態 いずれかに○印	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		
在学期間中のアルバイト等を除き、その他全ての職歴について記入してください。 書き切れない場合は、別紙「職務経歴書」に全て記入してください。					
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	
<p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> はじめて</p> <p><input type="checkbox"/> 2回目</p> <p><input type="checkbox"/> 3回目以上</p> <p>2回目以上の方は直近の受験年月: 年 月</p>					

※欄は記入しないでください。
「性別」欄:記載は任意です。
自筆で記入してください。