

西知多医療厚生組合（公立西知多総合病院）職員採用候補者試験申込書  
[履歴書]

|                                             |       |         |                                                                              |
|---------------------------------------------|-------|---------|------------------------------------------------------------------------------|
| 職 種                                         | ※受験番号 | ※受理年月日  | 写真をはる位置<br>30×40 <sup>ミ</sup><br>脱帽、正面向上<br>半身、6 月以内<br>に撮影したもの<br><br>年 月撮影 |
| 理学療法士                                       |       |         |                                                                              |
| ふりがな                                        |       |         |                                                                              |
| 氏 名                                         |       |         |                                                                              |
| 生年月日<br>昭和・平成 年 月 日生（2026 年 3 月 31 日現在 満 歳） |       |         |                                                                              |
| ふりがな                                        |       | 電話番号（ ） |                                                                              |
| 現住所<br>〒 —                                  |       | —       |                                                                              |
|                                             |       | （ ） 呼出  |                                                                              |
| ふりがな                                        |       | 電話番号（ ） |                                                                              |
| 連絡先（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）<br>〒 —             |       | —       |                                                                              |
|                                             |       | （ ） 呼出  |                                                                              |

|                    |       |       |             |          |
|--------------------|-------|-------|-------------|----------|
| 学<br><br><br><br>歴 | 学 校 名 | 学部学科名 | 在学期間        | 卒業・見込等の別 |
|                    | (最終)  |       | 年 月～<br>年 月 | 卒・卒見・中退  |
|                    |       |       | 年 月～<br>年 月 | 卒・中退     |
|                    |       |       | 年 月～<br>年 月 | 卒・中退     |

|                    |       |           |             |         |
|--------------------|-------|-----------|-------------|---------|
| 職<br><br><br><br>歴 | 勤 務 先 | 所在地（市区町村） | 期 間         | 職 務 内 容 |
|                    |       |           | 年 月～<br>年 月 | (正・臨)   |
|                    |       |           | 年 月～<br>年 月 | (正・臨)   |
|                    |       |           | 年 月～<br>年 月 | (正・臨)   |

|                       |                  |        |                  |        |
|-----------------------|------------------|--------|------------------|--------|
| 資<br>格<br>・<br>免<br>許 | 取得(見込)年月日        | 資格・免許名 | 取得(見込)年月日        | 資格・免許名 |
|                       | 年 月 日<br>取得・取得見込 |        | 年 月 日<br>取得・取得見込 |        |
|                       | 年 月 日<br>取得・取得見込 |        | 年 月 日<br>取得・取得見込 |        |
|                       | 年 月 日<br>取得・取得見込 |        | 年 月 日<br>取得・取得見込 |        |

私は、地方公務員法第 16 条に定める欠格条項に該当しません。また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

年 月 日 氏名（自筆） \_\_\_\_\_

[自己紹介書]

|                                     |               |     |
|-------------------------------------|---------------|-----|
| 職 種                                 | ※ 受 験 番 号     | 氏 名 |
| 理学療法士                               |               |     |
| 興 味 の あ る<br>研 究 課 題 等              |               |     |
| ク ラ ブ 活 動<br>ス ポ ー ツ ・<br>文 化 活 動 等 |               |     |
| 趣 味                                 |               |     |
| 特 技                                 |               |     |
| 自覚している<br>性 格<br>(長所、短所)            |               |     |
| 志 望 の 動 機                           |               |     |
| 自 己 P R                             |               |     |
| 健 康 状 態                             | 既往症 なし・あり ( ) |     |

※印欄は記入の必要なし