

西知多医療厚生組合（公立西知多総合病院）職員採用試験申込書

[履歴書]

職 種	※受験番号	※受理年月日	写真をはる位置 30×40 ^ミ 脱帽、正面向上 半身、6 月以内 に撮影したもの 年 月撮影
視能訓練士			
ふりがな			
氏 名			
生年月日 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 〒 —		—	
		（ ） 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） 〒 —		—	
		（ ） 呼出	

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

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

資 格 ・ 免 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 取得・取得見込		年 月 日 取得・取得見込	
	年 月 日 取得・取得見込		年 月 日 取得・取得見込	
	年 月 日 取得・取得見込		年 月 日 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
視能訓練士		
興 味 の あ る 研 究 課 題 等		
ク ラ ブ 活 動 ス ポ ー ツ ・ 文 化 活 動 等		
趣 味		
特 技		
自覚している 性 格 (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