

令和6年度実施 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
6月・7月 看護師(正規職員)採用試験受験申込書

区 分	<input type="checkbox"/> 6月22日(土)	第1希望	第2希望	第3希望	勤務地区分
	<input type="checkbox"/> 7月27日(土)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リハビリテーション中央病院(神戸市西区曙町)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リハビリテーション西播磨病院(たつの市新宮町光都)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	福祉施設等(施設名: _____)
※希望の日程に○を記入してください。		※希望する勤務地区分の欄に○を記入してください。			
採用希望日	<input type="checkbox"/> 令和7年4月1日付採用		<input type="checkbox"/> 令和6年度中途採用(希望日: _____)		

フリガナ		性別	受験番号※
氏 名		男・女	
生年月日	S・H 年 月 日生(令和7年4月1日時点 満 歳)	配偶者 有・無	扶養家族数 人
フリガナ			写真を貼ってください (4.0cm × 3.5cm) 申請以前3箇月以内の写真 で上半身・無帽・正面向き
現住所 (通知先)	〒 _____ TEL (_____) - _____		
フリガナ			
連絡先 (現住所以外に 連絡を希望する 場合)	〒 _____ TEL (_____) - _____		
携帯電話			
E-mail	PC _____ Mobile _____		

※受験番号欄は記入しないでください。

学 歴 最終学校から順 に記入(在学中の 学校名も記入して ください)	学校名/学部学科	在学期間(卒業見込期間も記入)	区 分	
			年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
			年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
			年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
		中学校	年 月から 年 月まで	卒業

職 歴 (新しい職歴から 順に記入)	勤務先	在籍期間	担当業務	
			年 月から 年 月 年 月まで	
			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他(_____)	
			年 月から 年 月 年 月まで	
			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他(_____)	
		年 月から 年 月 年 月まで		
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他(_____)		
		年 月から 年 月 年 月まで		
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他(_____)		

基本的な パソコンスキル	<input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Excel
※基本的な操作ができるものにチェックを入れてください。	

資格免許	名称	取得(見込)年月日	区 分	
		普通自動車免許	年 月	取得・取得見込
		看護師免許	年 月	取得・取得見込
			年 月	取得・取得見込

私は、看護師採用試験を受験したいので本書のとおり申し込みます。また、この受験申込書記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印 _____ (必ず署名・押印してください)