別記様式第１号（規格Ａ４）

申　　込　　書

令和　　年　　月　　日現在

ふりがな	
氏　名	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）

写　真
6ヶ月以内撮影
無帽 正面向
縦４cm×横３cm

受験通知等を送付する住所の□に ✓ を入れてしてください。

□現住所 〒　　－	電話　　－　　－ 携帯　　－　　－
□連絡先（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） 〒　　－	電話　　－　　－

◆ **希望病院等**（募集している病院が複数ある職種は、優先順位を記入してください）

１ 心臓血管センター　２ がんセンター　３ 精神医療センター　４ 小児医療センター

第１希望		第２希望		第３希望		第４希望	

※　**複数の病院で募集している職種に関して、募集している病院全てについて希望順位の記載がなかった場合は、記載がなかった病院については希望しないものとさせていただきます。**

◆ **希望種別**（番号に○をつけてください）

１ 薬剤師　２ 臨床検査技師　３ 臨床工学技士　４ 作業療法士
５ 理学療法士　６ 臨床心理技術者　７ 精神科ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ(PSW)
８ 医療ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ(MSW)　９ 管理栄養士　10 歯科衛生士　11 言語聴覚士

◆ **学歴**（高校から記入してください）

開始年月	卒業（修了）年月	学校名（学部・学科名）
昭・平・令　年　月	昭・平・令　年　月　卒・卒見	
昭・平・令　年　月	昭・平・令　年　月　卒・卒見	
昭・平・令　年　月	昭・平・令　年　月　卒・卒見	

◆ **職歴**（欄が足りない場合は、別紙に記入し添付してください）

就職期間 （年 月 日～ 年 月 日）	勤務先名称	所在地 (市町村名のみ)	職種	雇用形態 (正規･非正規)	担当業務
昭・平・令　年　月　日～ 昭・平・令　年　月　日				正規 ・ 非正規	
昭・平・令　年　月　日～ 昭・平・令　年　月　日				正規 ・ 非正規	
昭・平・令　年　月　日～ 昭・平・令　年　月　日				正規 ・ 非正規	
昭・平・令　年　月　日～ 昭・平・令　年　月　日				正規 ・ 非正規	
昭・平・令　年　月　日～ 昭・平・令　年　月　日				正規 ・ 非正規	

◆ **資格・免許**（学会認定資格を含む）

名称・種別	登録番号	取得年月日
		昭・平・令　　年　　月　　日
		昭・平・令　　年　　月　　日
		昭・平・令　　年　　月　　日
		昭・平・令　　年　　月　　日
		昭・平・令　　年　　月　　日

※ 職種に必要な資格・免許取得者は、資格・免許証の写し（Ａ４コピー）を提出すること

◆ **志望の動機**（認定資格を目指す方はその内容等を記載してください）

◆ **学生生活等**

卒業論文 卒業研究 等のテーマ	
クラブ活動歴	
趣　味	

◆ **その他の特記事項**（自己ＰＲなど）