**採用願書（作業療法士）**

（令和　　年　　月　　日　現在）

写真張付

1.縦40㎜

2.横30㎜

3.本人単身、胸から上

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別（任意） |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　生　（満　　　才） |  |

|  |
| --- |
| 面接場所　　□　札幌　　　□　仙台 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現　住　所 | 〒　　　　-  ※アパート・マンション等の名称も明記ください | 連絡先電話番号 | |
| 自宅 |  |
| 携帯 |  |
| 関係書類送付先  (現住所と違う場合) | 〒　　　　- | メールアドレス | |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学　　　歴 | 入 学 年 月 ～ 卒 業 年 月 | | 学校名（高等学校卒業から記入） |
| 年　　月～　　　年　　月 | | （　卒業　・　卒業見込　） |
| 年　　月～　　　年　　月 | | （　卒業　・　卒業見込　） |
| 年　　月～　　　年　　月 | | （　卒業　・　卒業見込　） |
| 年　　月～　　　年　　月 | | （　卒業　・　卒業見込　） |
| 年　　月～　　　年　　月 | | （　卒業　・　卒業見込　） |
| 職　　　歴 | 在　　職　　期　　間 | | 勤務先名称（主な所属科、業務内容） |
| 年　　月～　　　年　　月 | | （　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　年　　月 | | （　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　年　　月 | | （　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　年　　月 | | （　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　年　　月 | | （　　　　　　　　　　　） |
| 免 許 等 資 格  ※提出いただく個人情報につきましては、今回の採用試験に関すること、及び採用時の事務手続きにかかる人事情報管理に関することのみ利用させていただきます | 取　得　年　月 | 免　許　・　資　格 | |
| 年　　月 |  | |
| 年　　月 |  | |
| 年　　月 |  | |
| 年　　月 |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　名 |  |
| ●専門とする職業に対する考え方 | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| ●国立病院機構を志望する動機 | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| ●自己PR | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| ●趣味・特技　等 | ●健康の状況 | |
|  |  | |
|  |
|  | ●就職可能な時期 | |
|  | 令和　　　年　　　月より可能 | |
|  |
| （任意）　●配偶者：　有　・　無　●配偶者の扶養義務：　有　・　無　●扶養家族（配偶者除く）：　　　名 | | |
| ●就職を希望する地域について、該当する番号の□にチェックしてください。  　②、③を選択した場合は、特定の地域の□にチェックまたは病院名を記入してください。  　※勤務する病院は、欠員状況と希望勤務地を考慮しながら決定します。ご希望に添えないこともございますのでご了承ください。 | | |
| * ①　北海道東北グループ内のどこでも構わない。 | | |
|  | | |
| * ②　どこでも構わないが、できれば特定の地域を希望。（複数可） | | |
| □北海道　　□青森県　　□岩手県　　□宮城県　　□秋田県　　□山形県　　□福島県 | | |
|  | | |
| * ③　特定の地域（病院）しか希望しない。（複数可） | | |
| □北海道　　□青森県　　□岩手県　　□宮城県　　□秋田県　　□山形県　　□福島県 | | |
| 病院名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| （独立行政法人国立病院機構北海道東北グループ） | | |