

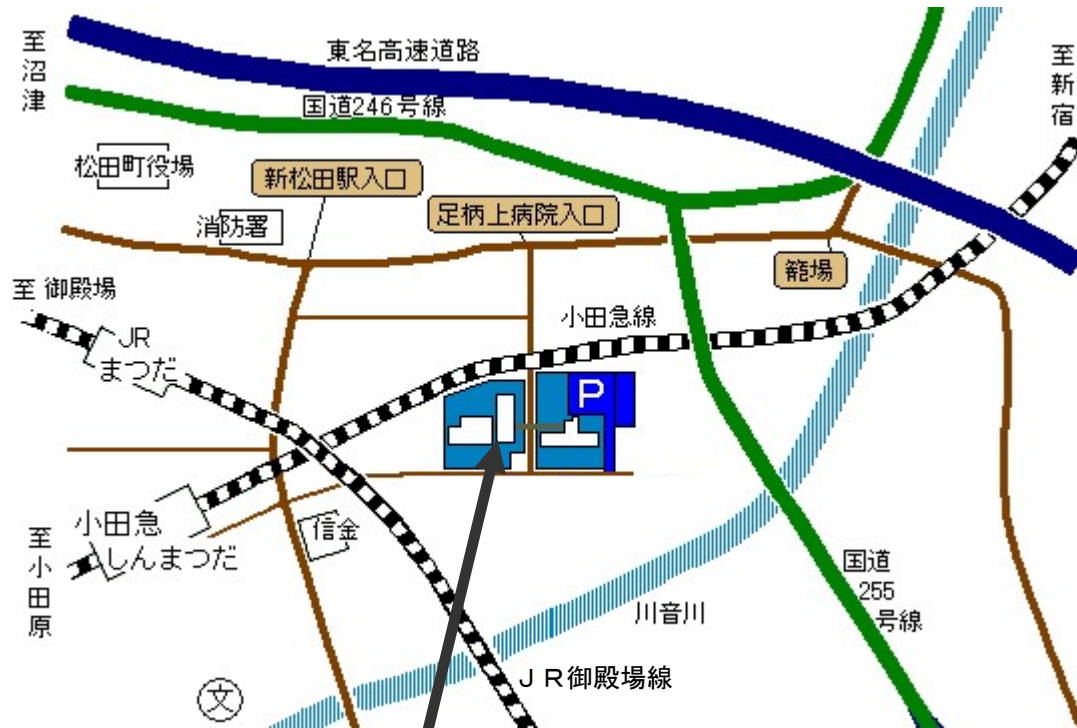
神奈川県立足柄上病院（契約・非常勤） 採用選考申込書

希望職種等

希望 順位	身分 (どちらかに○)	番号	職 種	勤務形態
	契約・非常勤			週 日勤務、1日 時間勤務
	契約・非常勤			週 日勤務、1日 時間勤務
	契約・非常勤			週 日勤務、1日 時間勤務

ふりがな 氏 名		性 別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日 生
現住所 (〒) 電話 () 携帯電話 ()		外国籍 ☐ (外国籍の方のみ、上の ☐ に チェックを入れてください。)	
資 格 ・ 免 許			
名 称	取得（見込み）年月日		認定（交付）機関
看護師免許	年 月 日		厚生労働省
	年 月 日		
	年 月 日		
私は、神奈川県立足柄上病院の職員採用に応募したいので別紙履歴書を添えて申し込みます。この申込書及び別紙履歴書のすべての記載事項に相違ありません。 なお、私は次のいずれにも該当していません。 ・ 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。） ・ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人 令和 年 月 日 氏 名 (日付、氏名は必ず応募者本人が記名してください)			

足柄上病院案内図



名 称：神奈川県立足柄上病院

住 所：足柄上郡松田町松田惣領866-1

交通機関：小田急線「新松田駅」下車、徒歩5分

または、JR御殿場線「松田駅」下車、徒歩10分

〒258-0003

足柄上郡松田町松田惣領866-1

神奈川県立足柄上病院総務課御中

【送付用あて名】

申し込みの際にご活用ください。

線で切って封筒に貼付してください。