

平成22年度 医療法人社団 敬仁会 受 験 申 込 書

申し込み日	平成 年 月 日	※ 受付番号
職種 注1)	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士・ヘルパー2級資格取得者 <input type="checkbox"/> 介護職員(大学・短大・専門学校を卒業見込で資格取得に意欲のある方)	
医療法人社団 敬仁会 の採用試験を受験したいので、提出書類を添え申し込みます。		
試験希望日	平成 年 月 日	
ふりがな		生年月日
氏名	男 女	S・H 年 月 日生 (才)
学校名		
現住所	〒 -	電話 - -
		携帯 - -
		メール
受験票送付先 (上記現住所と同じ場合 記載不要)	〒 -	
可否の連絡先	〒 -	
勤務希望地域 (希望地域にチェックを いれてください。複数 選択可) 注2)	<input type="checkbox"/> 塩尻市 ・ 桔梗ヶ原病院 リハビリセンター ・ 健康増進センター(メディカルフィットネス) ・ 健診センター ・ 介護老人保健施設まほろばの郷(入所・通所) ・ グループホームまほろば ・ まほろばケアマネジメントサービス ・ ヘルパーステーションまほろば <input type="checkbox"/> 塩尻市 ・ 介護老人保健施設萌生の里(入所・通所) (平沢) <input type="checkbox"/> 特になし	
※ 受付	平成 年 月 日	※ 受付者:

注1) 複数の職種で受験を希望する場合は、それぞれの職種にチェックを入れ、第一志望の職種を○で囲んでください。

注2) 配属先については希望を考慮いたしますが採用状況等により相談させていただく場合もあります。

注3) ※欄は記入しないで下さい。