

【 パートタイム 】

令和 8 年度 海南医療センター 病院企業任用職員等登録書

令和 年 月 日

登録希望職種				写 真 4.5×3.5CM	
ふりがな		性 別			
氏 名					
生 年 月 日	S・H 年 月 日 (歳)				
現 住 所	〒 —				
電 話 番 号	() —	携 帯 電 話	— —		
連 絡 先	〒 — ※現住所以外に連絡を希望する場合は記入			電話 ()	
学 歴	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
職 歴	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
免 許 ・ 資 格	取得年月	免許・資格の名称	取得年月	免許・資格の名称	
	年 月		年 月		
	年 月		年 月		
	年 月		年 月		
備 考	特記事項がある場合は記入してください。				

この登録書に記載した事項は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日 氏 名

※記入日・氏名は、必ず自署してください。

※免許・資格が必要な職種に登録する場合は、当該免許証等を添付してください。