就　職　申　込　書

川崎医科大学附属病院（倉敷）

（平成　　年　　月　　日現在）

ふりがな 氏　　名	㊞	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生	満　　歳
現住所	〒（　　）―（　　） TEL（　　）　―　　携帯（　　）　―	
文書等の送付先	〒（　　）―（　　） TEL（　　）　―　　携帯（　　）　―	
現勤務場所 （看護学生の場合は在学校名）	名称	
免許資格 （見込みの場合も該当するものを○で囲むこと）	看護師　・　准看護師　・　助産師　・　保健師	
経験年数	看護師（　　年　　か月）　助産師（　　年　　か月） 准看護師（　　年　　か月）　保健師（　　年　　か月）	
希望試験日	平成　　年　　月　　日　（　　曜日）	
就職可能月日	平成　　年　　月　　日	
希望配属部署 （部署名と理由を明記すること）	希望部署： 理由： 希望部署： 理由： 希望部署： 理由：	

＊　他の進路を考えている方は、いずれかに○をつけてください。

・　進学との併願　　・　他病院との併願

＊　看護職員用宿舎（有料）を入居希望する方は、いずれかに○をつけてください。

・　希望する（※応募多数の場合、人数制限あり）　　・　希望しない

＊　当病院の看護師募集をどのようにして知りましたか。当てはまるものに○をつけてください

・ホームページ　・学校の求人票　・知人の紹介　・看護ナビ〈ディスコ〉

・文化放送ナースナビ〈文化放送キャリアパートナーズ〉　・マイナビ看護〈マイナビ〉　・その他〈　　〉

申　込　先

〒701-0192　岡山県倉敷市松島５７７

学校法人　川崎学園　事務局総務部人事課

ＴＥＬ　(086)462-1111（代表）　内線 16072

(086)464-1104（直通）