

(看護師)

この位置に写真を貼ってください。

1. 縦 36～40mm
横 24～30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

ふりがな
氏 名
生年月日 年 月 日生 (満 歳)

ふりがな	電 話
現 住 所 〒	
ふりがな	電 話
連 絡 先 〒 (現住所以外に電話連絡や文書送付を希望する場合のみ記入)	

[illegible]

次の業務のうち、これまでに経験したことがあるものを選択してください。（複数選択可）

- ☐ 一般事務
 ☐ 経理事務
 ☐ 相談業務
 ☐ 接客
 ☐ 電話対応

[illegible]

記入上の注意 1. 鉛筆以外の黒又は青の筆記具で記入。
2. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。

「業務適性」等確認シート

1. 「勤務期間」及び「勤務時間」について

令和8年度中に、勤務ができない、または勤務を希望しない期間や時間帯があれば記載してください。

No.	期間 (R8. 9. 1～R9. 3. 31のうち)	時間帯 (8時00分～15時45分のうち)
①	月 日 ～ 月 日	☐ 全部 ☐ 一部 (時 分 ～ 時 分)
②	月 日 ～ 月 日	☐ 全部 ☐ 一部 (時 分 ～ 時 分)

2. エクセル、ワード(Microsoft Office)の操作経験等について

エクセル、ワードの操作経験等について、該当する項目を選択してください。

- エクセルの操作経験 ☐ あり (☐ 入力作業のみ可 ☐ 簡易な表計算も可) ☐ なし
○ワードの操作経験 ☐ あり (☐ 文書作成のみ可 ☐ レイアウト調節も可) ☐ なし

3. 「志望の動機」、「アピールポイント」及び「自覚している性格」について

志望の動機：
アピールポイント：
自覚している性格：

4. その他（障がいのある方などが対象です。）

募集及び採用に当たって支障となっている事情や、その改善のために希望することがあれば記載してください。

--