

求 職 登 録 カ ー ド

登録 No. _____

申請日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(社)新潟県臨床検査技師会長 様

私は、就職を目的に下記の内容を貴技師会に登録することを申請いたします。
 なお、登録後に変更、取消事項が発生した場合は速やかに連絡いたします。

申請者 _____

印 _____

記

ふりがな 氏名	男・女 会員番号 _____ (____ 歳) (非会員記入不要)
現住所	〒 _____
連絡先 (TEL)	自宅 <input type="checkbox"/> 現勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 何れか <input type="checkbox"/> にチェック 速報性と確実性を考慮し、出来る限り携帯電話をお願いします。 (_____) - _____
希望勤務地 (重複解答可)	上越地区 <input type="checkbox"/> 中越地区 <input type="checkbox"/> 下越地区 <input type="checkbox"/> 佐渡地区 <input type="checkbox"/> 新潟地区 <input type="checkbox"/> 具体的な市町村名 (_____)
就職条件	本採用希望 <input type="checkbox"/> 臨時も可 <input type="checkbox"/> パート希望 <input type="checkbox"/>
可能労働時間	フルタイム <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> (____ 時～ ____ 時)
希望業務	
検査実務経験	なし <input type="checkbox"/> 病院勤務 <input type="checkbox"/> (____ 年間) 検査センター勤務 <input type="checkbox"/> (____ 年間) その他 <input type="checkbox"/> (_____) (____ 年間) 経験業務 (具体的に記入) 例) 心電図検査 : 0.5 年
特記事項 (他資格等)	

(社)新潟県臨床検査技師会

〒950-0965 新潟市中央区新光町 15-2 県公社総合ビル 3F

TEL.025-283-3470 (FAX.共用)