

# 地方独立行政法人大阪市民病院機構職員採用申込書

(平成 年 月 日現在)

職 種	病院事務職員	受験番号 ※記入しないでください。			写 真  (5cm×4cm) ・ 半身・正面・脱帽 ・ 過去3か月以内に撮影したもの ・ 裏面に氏名を記入、のり付けて貼付
フリガナ			性別	男・女	
氏 名					
生年月日	昭和 平成	年 月 日	満 歳	(平成28年4月1日現在)	
現住所	(〒 - ) E-Mail				
電話番号	- -	携帯電話	- -		

学 歴 (最終学歴とその前の学歴について、できるだけ詳しく記入してください。ただし、中学校又は小学校の場合は、「中学校」又は「小学校」とのみ記入し、具体的な校名は必要ありません。)

	在学期間	学校名	学部	学科・専攻
最終学歴	昭・平 年 月から			
	昭・平 年 月まで			
その前の学歴	昭・平 年 月から			
	昭・平 年 月まで			

職 歴 (古いものから順に記入してください。)

在職期間	在職時状況			
昭・平 年 月 日から	勤務先名 (病院名)		1週あたりの 就労時間	時間 分
昭・平 年 月 日まで	職務内容 (できるだけ詳しく)			
長期休職・ 育児休業等 職歴除外期間	昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで		理由	
	昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで		理由	
昭・平 年 月 日から	勤務先名 (病院名)		1週あたりの 就労時間	時間 分
昭・平 年 月 日まで	職務内容 (できるだけ詳しく)			
長期休職・ 育児休業等 職歴除外期間	昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで		理由	
	昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで		理由	
昭・平 年 月 日から	勤務先名 (病院名)		1週あたりの 就労時間	時間 分
昭・平 年 月 日まで	職務内容 (できるだけ詳しく)			
長期休職・ 育児休業等 職歴除外期間	昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで		理由	
	昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで		理由	

受験資格を満たす職歴(再掲) ※古いものから順に記入してください。

在職期間	勤務先名	雇用区分	職務内容
昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	

資格免許 ※取得見込の場合は「見込み」と記入してください。ただし、ない場合は「なし」と記入のこと。

取得日	資格免許名
昭・平 年 月 日	
昭・平 年 月 日	
昭・平 年 月 日	
昭・平 年 月 日	
昭・平 年 月 日	
昭・平 年 月 日	

[趣味・特技]

下記は、必ず自筆にて記載すること。自筆していない場合は申し込みを受け付けません。

私は、募集要項の記載事項のすべてを了承のうえ、申し込みます。

私は、募集要項に掲げる受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

平成 年 月 日 氏名(自筆)

<記入上の注意>

○様式は変更しないでください。

○黒インクまたは黒ボールペンを用い、かい書でていねいに記入してください。

○性別・元号は○でかこんでください。

○両面印刷でない場合は、1枚目と2枚目を綴じ、割印を押印してください。