

〔社会福祉士(医療ソーシャルワーカー)〕

/ /

\_\_\_\_\_

住之江診療所

4cm×3cm  
正面、脱帽、無背景  
(3か月以内撮影)

[illegible]

年 月	免許・資格
・	
・	
・	
・	
・	

[ 趣 味 ]
[ 志 望 動 機 ]
[ 自 己 P R ]

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、募集要項に掲げる応募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。  
 私は、この申込書の記載事項についての確認のため、当機構から関係先へ照会することに承諾します。

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うい、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。