

大阪市民病院機構有期雇用職員採用候補者申込書

〔社会福祉士(医療ソーシャルワーカー)〕

受付日 / /
受験番号

※この欄は記入しないで下さい。

勤務先 住之江診療所

(平成 年 月 日現在)

写真貼付欄
4cm×3cm
正面、脱帽、無背景
(3か月以内撮影)

フリガナ		4cm×3cm 正面、脱帽、無背景 (3か月以内撮影)
本人氏名	昭和 平成 年 月 日生 (満 歳) 男・女	
フリガナ	〒	
現住所		
電話番号	(自宅) (携帯)	
メールアドレス	@	

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。