

大阪市民病院機構有期雇用職員採用候補者申込書
〔研究補助員〕

受付日 / /
受験番号

※この欄は記入しないで下さい。

(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	
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	学歴(高校から記入)・職歴
・	
・	
・	
・	
・	
・	
・	

年 月	資格・免許
・	
・	
・	
・	

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〉

- ・黒インクまたは黒ボールペンを用い、楷書で丁寧に記入してください。
- ・現住所欄は郵便物が届くよう正確に記入してください。