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。

写真貼付欄

4cm×3cm
正面、脱帽、無背景
（3か月以内撮影）

（西暦　　年　　月　　日現在）

フリガナ	
本人氏名	西暦　　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（高校から記入し、卒業・中退等の修学状況もご記入ください。）
・　～　・	
・　～　・	
・　～　・	

年　月	資格・免許
・	
・	
・	
・	
・	

年　月	職歴（古いものから順に記入し、全ての職歴を必ずご記入ください。）
・　～　・	
・　～　・	
・　～　・	
・　～　・	
・　～　・	
・　～　・	
・　～　・	

あなたがこれまでに遺伝子診療や研究に携わった経験や業績について具体的に記入して下さい。また、その経験を今後どのように活かすことができるかを具体的に説明して下さい。（600字程度）

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。

西暦　　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。
・学歴・資格（免許）・職歴が書ききれない場合は、申込書をもう一枚印刷してご使用ください。
・様式は勝手に変更しないでください。
・両面印刷してください。