



年 月	免許・資格
・	
・	
・	
・	
・	

[大阪市民病院機構の職員を志望する理由]

[医師事務作業補助者を志望する理由]

**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。
- ・ 両面印刷の上、黒インク又は黒ボールペンを用い、楷書で丁寧に記入してください。
- ・ 氏名欄の元号及び性別は、該当するものを○で囲んでください。
- ・ 現住所欄は郵便物が届くよう正確に記入してください。