

大阪市民病院機構任期付職員採用候補者申込書
〔視能訓練士〕

/

/

※この欄は記入しないで下さい。

(令和 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	@	

[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。 令和 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。