

大阪市民病院機構任期付職員採用候補者申込書  
〔理学療法士〕

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)

(令和 年 月 日現在)

|      |                           |
|------|---------------------------|
| フリガナ |                           |
| 本人氏名 | 昭和<br>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・特技 ]

[ 志望動機 ]

[ 自己PR ]

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。