

大阪市民病院機構有期雇用職員採用候補者申込書 〔社会福祉士（医療ソーシャルワーカー）〕

| | | |
|------|---|---|
| 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ヶ月以内撮影)

(令和 年 月 日現在)

| | | | | | | | |
|---------|---------------------|--|--|------|--|--|------------------------|
| フリガナ | | | | | | | 正面、横顔、黒背景 (3か月以内撮影) |
| 本人氏名 | 昭和 年 月 日生 (満 歳) 男・女 | | | | | | 平成 |
| フリガナ | | | | | | | 元 |
| 現住所 | | | | | | | |
| 電話番号 | (自宅) | | | (携帯) | | | |
| メールアドレス | | | | | | | @ |

| 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。

○両面印刷でない場合は、1枚目と2枚目を綴じ、割印を押印してください。