

大坂市民病院機構有期雇用職員採用候補者申込書
〔視能訓練士〕

/ /

17

※この欄は記入しないで下さい。

採用希望日：令和 6 年 月 1 日

勤務時間：フルタイム以外希望の場合

(勤務曜日:) (勤務時間: : ~ :)

(令和 年 月 日現在)

フリガナ	
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	@

写真貼付欄

4cm×3cm
正面、脱帽、無背景
(3か月以内撮影)

[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。
- 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。