

大阪市民病院機構有期雇用職員採用候補者申込書
〔医療アシスタント〕

受付日	/ /
受験番号	

※この欄は記入しないで下さい。

配属希望病院 (配属希望病院を1～2の 数字で記入してください)		総合医療センター
		十三市民病院

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		(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
・	
・	
・	
・	
・	

[大阪市民病院機構の職員を志望する理由]

[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。
 - ・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。