

大阪市民病院機構有期雇用職員採用候補者申込書
〔未収金回収業務員〕

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		(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
・	
・	
・	
・	
・	

◆ これまでの主な勤務や活動経験について具体的に記入してください。また、これまでの経歴や業績についての自身の評価も記入してください。

◆ 病院で未収金が発生する理由を具体的に述べ、それに対する対応策を具体的に記入してください。

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。