

大阪市民病院機構有期雇用職員採用候補者申込書
〔保健師〕

/ /

※この欄は記入しないで下さい。

希望採用日： 令和 年 月 1 日

(令和 年 月 日現在)

写真貼付欄

4cm×3cm
正面、脱帽、無背景
(3か月以内撮影)

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	@

年 月	学歴(高校から記入)
・	
・	
・	

年 月	資格・免許
・	
・	
・	
・	
・	

[illegible]

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。(200字程度)

[illegible]

あなたが大阪市民病院機構の職員を志望する理由を具体的に記入してください。(200字程度)

--

あなたの強みは何ですか。また、その強みを大阪市民病院機構でどのように活かすことができますか。
(200字程度)

--

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。
- ・両面印刷のうえ、黒インクまたは黒ボールペンを用い、楷書で丁寧に記入してください。
- ・摩擦熱で無色透明になるフリクションインキ等での記入は不可です。
- ・現住所欄は郵便物が届くよう正確に記入してください。
- ・学歴・資格(免許)・職歴が書ききれない場合は、申込書をもう一枚印刷してご使用ください。