

# 大阪市民病院機構任期付職員採用候補者申込書 〔臨床検査技師〕

希望採用日：令和 年 月 日

受付日	/	/
受験番号	※この欄は記入しないで下さい。	

※この欄は記入しないで下さい。

配属希望病院: 大阪市立総合医療センター

(令和 年 月 日現在)

フリガナ							4cm×3cm 正面、脱帽、無背景 (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	@						

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・元号は〇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。