

大阪市民病院機構有期雇用職員採用申込書 〔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							正面、横顔、顎骨等 (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○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。