

令和6年度地方独立行政法人市立吹田市民病院 採用試験申込書兼履歴書

地方独立行政法人市立吹田市民病院臨床研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みますので、よろしくお願ひします。

内容を確認し、いずれかにチェックしてください。

【地域枠学生でない場合】 私は、地域枠（注1）の学生ではありません。

【地域枠学生の場合】 市立吹田市民病院臨床研修プログラムが従事義務履行要件に反しないことを確認しています。

注1 地域医療等に従事する明確な意思を持った学生の選抜枠で、卒業後、一定の期間について特定の医療機関で従事するなどの義務履行要件が付されているものを指します。

黒のボールペンを使用し、楷書で記入する。 令和 年 月 日現在

写真貼付
1. 縦 40 mm
横 30 mm
2. 本人単身
胸から上
3. 裏面のりづけ

氏名	ふりがな		
生年月日	年 月 日生（満 歳）		
現住所	ふりがな		
	〒		
		電話（ ）	携帯（ ）
メールアドレス	(PC)		
	(携帯)		
連絡先 <small>(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)</small>	ふりがな		
	〒		
		電話（ ）	携帯（ ）
学歴	学校名	学部・課程名	在学期間
	高等学校		年 月 卒業
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
職歴	勤務先	期間	勤務先
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	

氏名 _____

得意な科目または研究課題（100字以内）

クラブ活動・スポーツ・文化活動等・趣味について（100字以内）

御自身の長所について（100字以内）

御自身の短所について（100字以内）

志望の動機(200字以内)

資格・免許等の名称	取得（見込）年月日
	年 月 取得・見込
	年 月 取得・見込
	年 月 取得・見込
	年 月 取得・見込