地方独立行政法人市立吹田市民病院職員採用候補者試験申込書

（本人自筆）

受験する職種

※ 受験番号

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	性　別	生年月日
		年　月　日生 （満　歳）

写　真 （縦 4.5㎝ 横 3.5㎝） 写真は申込前6か月以内に撮影した脱帽上半身正面向きのもので、本人と確認できるものを貼ってください。	郵便番号　－　（　）方 現住所 電　話（　）　局　番 携帯電話（　）　局　番 連絡先　（現住所以外の連絡先を希望する場合のみ記入すること） 郵便番号　－　（　）方 電　話（　）　局　番

	学　校　名	学部・課程名	在　学　期　間
学歴	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	期　間
		年　月から 年　月まで		年　月から 年　月まで
		年　月から 年　月まで		年　月から 年　月まで
		年　月から 年　月まで		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	

※ 受験番号	

志望動機（必ず記入してください）
その他自己ＰＲ等があれば記入してください。

資格・免許等の名称	取得（見込）年月	趣味・特技・クラブ活動等
	年　月　取得 見込	
	年　月　取得 見込	
	年　月　取得 見込	
	年　月　取得 見込	
	年　月　取得 見込	

記入上の注意事項

1　※印の欄には記入しないでください。記入欄にはペン書きで正確かつ明瞭に記入するとともに、該当箇所を○で囲んでください。（消せるボールペンは使用不可）

2　記入事項がなければ斜線をひいてください。

3　申込書、受験票とも必ず同一の写真を貼ってください。

4　不実の記載があるときには、職員として採用される資格を失うことがあります。また、採用後においても免職（解雇）されることがあります。