

# 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 (フリガナ)	性別	生年月日
		年 月 日生 (満 歳)

写 真  (縦 4.5 cm 横 3.5 cm)  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 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

	勤 務 先	期 間	勤 務 先	期 間
	職   歴		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

