

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		
(フリガナ)		性別	生 年 月 日	
氏 名		男・女	年	月 日 (満 歳)
写 真		郵便番号 () 方 住所 _____ _____ 電 話 () 局 番 携帯電話 () 局 番 メールアドレス @		
	(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 きるものを中央に貼ってく ださい			
学 歴	学 校 名	学 部 ・ 課 程 名	在 学 期 間	
	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
職 歴	勤 務 先 (在学中のアルバイトは除く)	雇 用 形 態 (○で囲む、その他は記入)	在 職 期 間	所定労働時間 (週)
		正社員・契約社員・アルバイト その他 ()	年 月 から 年 月 まで	時間
		正社員・契約社員・アルバイト その他 ()	年 月 から 年 月 まで	時間
		正社員・契約社員・アルバイト その他 ()	年 月 から 年 月 まで	時間
		正社員・契約社員・アルバイト その他 ()	年 月 から 年 月 まで	時間
		正社員・契約社員・アルバイト その他 ()	年 月 から 年 月 まで	時間

