

# 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
理学療法士

※ 受験番号

氏名 (フリガナ)	性 別 (注1)	生年月日
		年      月      日生 (満          歳)

<p style="text-align: center; font-weight: bold;">写 真</p> <p style="font-size: small;">(縦 4.5 cm 横 3.5 cm)</p> <p style="font-size: x-small;">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。</p>	郵便番号          (          ) 方 住所 _____ _____ 電 話 (          )          局          番 携帯電話 (          )          局          番 メールアドレス          @
--	--

	学 校 名	学部・課程名 修業年限	在 学 期 間
学	高等学校	年制	年 月 卒業
		年制	年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
歴		年制	年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
		年制	年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
		年制	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		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
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

(注1) 記載は任意です。未記載とすることも可能です。

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、採用後においても解雇されることがあります。