

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
履 歴 書（本人自筆）

受験する職種		※ 受験番号		
事務職（医療事務経験者）				
(フリガナ)		性 別 (注1)	生 年 月 日	
氏 名			年 月 日生 (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	
			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

(注1) 記載は任意です。未記載とすることも可能です。

