

アルバイト職員(事務系)登録票

令和 年 月 日

フリガナ					<p align="center">写真</p> <p>上半身、脱帽、正 面向で半年以内 に撮影したものを 貼ってください (4.0cm×3.0cm)</p>	
氏名						
生年月日	昭和 平成	年(19 年)	月 日(満 歳)	性別		男・女
フリガナ						
現住所	〒					
電話	自宅:()		— 携帯:()			—
Eメールアドレス	@					
勤務場所までの通勤手段		通勤時間	約	時間	分	

職歴(最新のものから順に5箇所まで)

在職期間	勤務先	職務内容(具体的に)
現在、無職の場合、□にチェックしてください→ □		
年 月 日～ 現在に至る		
年 月 日～ 年 月 日		
年 月 日～ 年 月 日		
年 月 日～ 年 月 日		

免許・資格

取得年月	免許・資格名
年 月	
年 月	
年 月	

パソコン操作状況(該当する□に1つチェックを入れてください。)

Word	<input type="checkbox"/> 初級 (例. 基本的な文章を作成できる。) <input type="checkbox"/> 中級 (例. 表や図形を挿入した文書を作成できる。) <input type="checkbox"/> 上級 (例. 目次機能や差込印刷機能を使える。) <input type="checkbox"/> 使ったことがない
Excel	<input type="checkbox"/> 初級 (例. 基本的な表作成や簡易なグラフを作成できる。) <input type="checkbox"/> 中級 (例. 関数を使ったデータの集計や複合的なグラフを作成できる。) <input type="checkbox"/> 上級 (例. マクロの編集やデータの抽出等の関数を使える。) <input type="checkbox"/> 使ったことがない
Access	<input type="checkbox"/> 初級 (例. 既存のデータベースの入力、修正、検索ができる。) <input type="checkbox"/> 中級 (例. 目的に応じたテーブル、クエリ、フォームを作成できる。) <input type="checkbox"/> 上級 (例. 新規のデータベースを構築できる。) <input type="checkbox"/> 使ったことがない

志望動機

--

裏面もご記入ください。

自己PR(得意とする職務を含む。)

--

希望する勤務条件(該当する□にチェックを入れてください。)

①希望職種(複数チェック可)

一般事務(医療事務、電話交換含む) 医師事務補助 看護師事務補助

②次のいずれかの資格をお持ちの方は該当する□にチェックを入れてください。

ドクターズクラーク メディカルセクレタリー 医師事務作業補助業務実務能力検定試験合格

③勤務開始可能日

月 日から 特にこだわらない

④その他希望欄

--

【アンケート】アルバイト職員の登録についてどのような方法でお知りになりましたか？

市報すいた 当院ホームページ 知人から その他()

(注意事項)

1. 記入欄にはペン書きで正確かつ明確に自書してください。(消えるボールペンは不可)
2. 病院総務室へ登録票の提出後、本票に記入されたご住所に登録完了のお知らせを郵送します。
3. 登録票は一切返却しませんのでご了承ください。
4. 登録票の記載事項に不備がある場合は、受付できないことがあります。
5. 登録票は必要に応じてアルバイト職員を必要とする部署に開示する場合があります。
6. 採用の場合、病院総務室又は所属が本人へ連絡します。
7. 登録後、必要な場合は面接を実施します。
8. 登録いただいても連絡がない場合もありますので、ご了承ください。
9. 登録内容に変更が生じた場合(転居等)は、速やかに病院総務室へ連絡してください。
10. 他の企業等での就職等、登録を抹消する必要がある場合は、速やかに病院総務室へ連絡してください。
11. 登録票に虚偽の内容を記載した場合は、失職となります。
12. この登録票は病院総務室での受付日から1年間を有効期限とします。

※病院総務室使用欄

受付日		備考
採用年月日		
配属先		