

# 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  <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">言語聴覚士</div>		※ 受験番号  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
氏名 (フリガナ)		性 別 (注1)	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中央に貼ってください。	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      歴	学 校 名	学 部 ・ 課 程 名 修 業 年 限	在 学 期 間	
	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	
		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	
職      歴	勤 務 先	期 間	勤 務 先	期 間
		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		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

- ※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）
- 記入事項がなければ斜線をひいてください。
- 申込書、受験票とも必ず同一の写真を貼ってください。
- 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。
- 申込書に記載したメールアドレスは、入職手続等に使用します。