

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

助産師

※受験番号

(フリガナ)		性 別 (注1)	生年月日
氏 名			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貼ってください。	郵便番号 — () 方 現住所 _____ 電 話 () 局 番 携帯電話 () 局 番 メールアドレス _____		
	連絡先 (現住所以外の連絡先を希望する場合のみ記入すること) 郵便番号 — () 方 住 所 _____ 電 話 () 局 番		
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
職 歴	勤 務 先	期 間	業 務 内 容 (従事した経験のある診療科や業務の内容を具体的に記入してください)
		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。

