

地方独立行政法人京都市立病院機構有期雇用職員採用試験受験申込書  
「医師事務作業補助者」 (平成27年9月1日採用・平成27年10月1日採用)

職種	医師事務作業補助者	採用希望日	平成27年9月1日	平成27年10月1日	※	
氏名	ふりがな ----- ----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (平成27年9月1日現在満 歳)	写 真 上半身・正面・脱帽・最近3箇月以内に撮影したもの(写真の裏に氏名を記入してください。) (タテ4cm, ヨコ3cm)		
連絡先	郵便番号 -----	電話( )	-----	携帯電話	-----	
学歴	最終	学校名	学部・学科・専攻名	所在地	在学期間	卒業・卒業見込等の別
	その前			都 道 府 県	年 月 から 年 月 まで	卒業(修了) 中退( 年) 卒業(修了)見込 在学( 年)
	その前			都 道 府 県	年 月 から 年 月 まで	卒業(修了) 中退( 年)
	その前			都 道 府 県	年 月 から 年 月 まで	卒業(修了) 中退( 年)
	その前			都 道 府 県	年 月 から 年 月 まで	卒業(修了) 中退( 年)
免許・資格	名称	取得・取得見込みの別	取得(見込み)年月	発行機関	記号・番号	
		取得	年 月			
		取得見込み	年 月			
		取得	年 月			
職歴	勤務先等	勤務内容	勤務先所在地	在職期間	在職年数	
	現在		都 道 府 県	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日	
	その前		都 道 府 県	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日	
	その前		都 道 府 県	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日	
	その前		都 道 府 県	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日	
自署欄	年 月 日 氏名(自署) _____ この申込書の記入事項に相違ありません。					
	↑必ず自署にて日付及び氏名を記入してください。					

記入上の注意

- ※印の欄を除くすべての欄に、黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
- 記入事項に虚偽又は不正があると、採用される資格を失うことがあります。
- 写真欄には、必ず写真を貼ってください(タテ4cm, ヨコ3cm)
- 採用希望日については、どちらかに○で囲んでください。
- 学歴の欄で、最終学歴は在学中を含みます。  
卒業・卒業見込等の別の欄は、該当するものを○で囲んでください。  
卒業(修了)見込とは来春卒業(修了)見込の方、在学とは来春卒業見込以外の在学者を指します。  
在学を○で囲んだ方は現在の学年を、中退を○で囲んだ方は中退した学年を記入してください。
- 免許・資格欄について
  - 免許・資格についても、職務に関連すると思われるものは必ず記入してください。
  - 「取得・取得見込みの別」の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 職歴欄について
  - 「現在」の「在職年数」欄は、平成27年8月31日現在の在職年数を記入してください。
- 裏面の「エントリーシート」にも忘れずに記入してください。

