

平成24年度地方独立行政法人京都市立病院機構職員採用試験受験申込書

【いずれかをチェックのこと：□麻酔科医 □集中治療室(ICU/CCU) □リハビリテーション科医】

※	年 月 日現在	写真を貼ってください 1 縦 36～40mm 2 横 24～30mm 3 本人単身胸から上 4 裏面に氏名を記載してください。
ふりがな 氏名		
生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
性別		
ふりがな 現住所 〒		電話
		携帯電話
ふりがな 連絡先 〒		E-Mail
(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		方

年	月	学歴・職歴（歴別に記入）高等学校入学から記載
		<学歴>
		<職歴>

※欄は記載しないこと。

地方独立行政法人京都市立病院機構

氏名	
----	--

【いずれかをチェックのこと: 麻酔科医 集中治療室(ICU/CCU) リハビリテーション科医】

年	月	学歴・職歴（歴別に記入） 高等学校入学から記載（続き）
		< 職歴（続き） >
年	月	免許・資格
		医師免許証
年	月	取得見込み免許・資格

通勤時間	約	時間	分	配偶者 有・無	扶養家族 人
------	---	----	---	------------	-----------

希望採用日	年 月 1 日
第1希望試験日	年 月 日
第2希望試験日	年 月 日
氏名（自署）	私は、地方独立行政法人京都市立病院機構職員採用試験を受験したいので、受験案内の記載事項を了承のうえ、申し込みます。なお、私は、受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記入事項に相違ありません。

- 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。
 - 学歴・職歴、免許・資格及び取得見込み免許・資格欄について、書ききれない場合は、別紙（任意の様式）により提出してください。
 - 通勤時間、配偶者の有無及び扶養家族の人数については、可能な場合のみ記入してください。
なお、当該項目について、記入がなくても採点結果には影響ありません。
 - 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。
 - 受験票は郵送しますので、長3号の返信用の封筒（あて先明記）を申込書と一緒に提出してください。