

## 地方独立行政法人京都市立病院機構有期雇用職員申込書

### 【医師事務作業補助調整者】

職種	医師事務作業補助調整者			※	
氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日		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)
	(男・女)		(申込時 年齢)		
連絡先	郵便番号	-			
	電話( ) -	携帯電話	-	-	
	Email:				
学歴	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
	最終		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 取得見込み	年 月		
		取得 取得見込み	年 月		
		取得 取得見込み	年 月		
		取得 取得見込み	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
	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
	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)
- 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、申込日の属する月の末日現在の在職年数(退社が決まっている場合は、それまでの在職年数)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。

## 地方独立行政法人京都市立病院機構有期雇用職員申込書【医師事務作業補助調整者】

エントリーシート	※ 受験番号	氏名
記入上の注意		

## 記入上の注意

- 1 右上の「氏名」欄に氏名を記入してください。  
2 各項目は、黒のインク又はボールペンで枠内に入るように記入してください。  
3 下記の各項目のすべてに具体的、かつ、簡潔に、不備のないように記入してください。  
4 当シートは、採用選考のために使用し、それ以外の目的には一切使用しません。