

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		
	(男・女)			(申込時 歳)		
連絡先	郵便番号		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)			
	電話() - 携帯電話 - - Email:					
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)
- 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。

