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
（随時採用）

※

職種	薬剤助手

氏名	ふりがな 性別（任意記入）	生年月日	年　月　日 （申込日時点満　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　－　－ 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　月退社予定）	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

1　※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。
　この書式に直接入力し印刷した申込書を提出しても構いません。
2　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。
3　写真欄には，必ず写真を貼ってください（タテ4cm，ヨコ3cm）
4　学歴の欄で，最終学歴は在学中を含みます。
5　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。
6　免許・資格欄について
(1)　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。
(2)　「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。
7　職歴欄について
(1)　「現在」の「在職年数」欄は，申込日現在の在職年数（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。
8　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
（随時採用）

エントリーシート

※　受験番号	氏名

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。
　この書式に直接入力して印刷したエントリーシートを提出しても構いません。
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。
5　最後に，記入又は入力した文字数を記入してください。

志望動機（３００字以内）	
	（　　字）

自己ＰＲ（４００字以内）	
	（　　字）