

一般財団法人豊中市医療保健センター職員採用試験申込書

(年 月 日現在)

一般財団法人豊中市医療保健センター職員採用選考委員会

受験する職種	最終学歴 大学・短大・高校・中学	受験番号
写真 1. 写真は裏面にのりをつけてこの欄に貼ってください。(縦4cm×横3cm程度) 2. 写真は6か月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので本人と確認できるもの	ふりがな	性 別
	氏名	
	生年月日	
	年 月 日生 (満 歳)	
現住所	郵便番号 (-)	
	携帯電話 電 話 () - 呼出 () 方	
(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		
連絡先	郵便番号 (-)	
	電 話 () - 呼出 () 方	
学 歴	(最終学歴が中学校の人は中学校卒業から記入し、高校・短大・大学の人は高校入学から記入してください。)	
	学 校 名 学 部 学 科 等	入 学 及 び 卒 業 等 の 年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
職 歴	勤 務 先 ・ 業 務 内 容	期 間
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月

- 【記入上の注意】**
1. 別紙「申込書の記載要領」をよく読んで、ボールペン等で記入してください。
 2. 書いて消せるボールペンは使用しないでください。
 3. ※欄は記入しないでください。
 4. 不実の記載があるときは、豊中市医療保健センター職員として採用される資格を失うことがあります。

受験番号	氏名	
志望動機及び希望する仕事		
資格・免許等※	資格・免許等の名称	取得（見込）年月日
趣味・特技・クラブ活動等		
その他自己PR等があれば記入してください。		

※この試験の受験資格に必要な免許等がある場合は、当該免許等を最初にご記入ください。