

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（事務職員）

（ 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

写真 1. 写真は裏面に氏名を記入し、のりをつけ、この欄に貼ってください。 （縦4 cm×横3 cm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	最終学歴 大学・短大・高校		受験番号 ※記入しないでください。	
	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 電話番号 （ ） —				
e-mail ※試験の受検案内等をお送りします。アルファベットの太文字・小文字、数字・記号が判別できるようふりがなを記載してください。				
連絡先※ 郵便番号 （ — ）				
※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。 電 話 （ ） —				
学歴 高校入学から記入	学校名 学部・学科 等		入学及び卒業等の年月日	
			年 月入学	
			年 月卒業・修了・見込・中退	
			年 月入学	
			年 月卒業・修了・見込・中退	
			年 月入学	
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	
資格・免許等	資格・免許等の名称		取得（見込）年月日	

【記入上の注意】

- 別紙「申込書の記載要領」をよく読んで、ボールペン等の黒のインクで記入してください。
- 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※記入しないでください。	氏名
趣味・特技・クラブ活動等	
①あなたが、当法人を志望した理由及び取り組んでみたいことを具体的に記入してください。	
②あなた自身のことを自己分析し、PRしてください。	

一般財団法人豊中市医療保健センター職員採用試験（事務職員）受験票

受験番号※

写真 1. 写真は裏面に氏名を記入し、のりをつけ、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 氏名	性 別
	生年月日 年 月 日生（満 歳）	

※欄は記入しないでください。

太枠内をボールペン等の黒のインクで記入してください。

 <折り線>

【試験の日時、場所及び注意事項】

- この受験票は、二次試験で使用しますので、紛失しないようにしてください。
 二次試験については、一次試験合格者に対してのみ案内します。
- 二次試験会場：豊中市医療保健センター（豊中市上野坂2丁目6番1号）
- 受験票を必ずお持ちください。
- 試験会場内は禁煙です。
- 試験会場では試験係員の指示に従って行動してください。
- 試験時間中は、携帯電話等通信機器の使用を禁止します。
- 試験会場への自動車での来場はご遠慮ください。