

申 込 書

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 様

(年 月 日 現在)

【写 真】 写真は、申込前 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を貼ってください。	フリガナ	性 別
	氏 名	
	生年月日 年 月 日 生 (満 歳)	
郵便番号	—	
現住所		
	電話番号 () —	
年 月	学 歴 (* 注) ・ 職 歴	

(* 注) 最終学歴が高校・短大・専門学校・大学の人は高校入学から記入し、中学校までの人は最終学校卒業から記入してください。

【事務局使用欄】

- | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 嘱託職員 | <input type="checkbox"/> 7.5 時間×5 日 | <input type="checkbox"/> 4 時間×4 日 | <input type="checkbox"/> 事務員 | <input type="checkbox"/> 主任看護師 |
| <input type="checkbox"/> 臨時職員 | <input type="checkbox"/> 7.5 時間×4 日 | <input type="checkbox"/> 3 時間×4 日 | <input type="checkbox"/> 司書 | <input type="checkbox"/> 看護師 |
| <input type="checkbox"/> パート職員 | <input type="checkbox"/> 6 時間×5 日 | <input type="checkbox"/> 4 時間×3 日 | <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 介護職員 |
| <input type="checkbox"/> 医療従事者 | <input type="checkbox"/> 6 時間×4 日 | <input type="checkbox"/> 夜勤×1 回 | <input type="checkbox"/> 医療会計員 | <input type="checkbox"/> ケアマネージャー |
| <input type="checkbox"/> 短時間勤務 | <input type="checkbox"/> 6 時間×3 日 | <input type="checkbox"/> 夜勤 (月 回) | <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 | <input type="checkbox"/> 支援相談員 |
| | <input type="checkbox"/> 6 時間×2 日 | <input type="checkbox"/> 休日急病診療 | <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 |
| (No.) | <input type="checkbox"/> 5 時間×5 日 | <input type="checkbox"/> 障害者歯科診療 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | |
| | <input type="checkbox"/> 5 時間×4 日 | <input type="checkbox"/> 在宅者歯科往診 | <input type="checkbox"/> 運転手 | |
| | <input type="checkbox"/> 5 時間×3 日 | <input type="checkbox"/> 歯科部会 | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 時間×5 日 | <input type="checkbox"/> その他[] | | |

勤務可能期間

年 月 日頃から 年 月 日頃まで

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 年 月

趣味・特技・クラブ活動等

その他自己 PR があれば記入してください。