

記入例

昭和病院企業団会計年度任用職員申込書

令和 2 年 1 月 日 現在

希望職種	職種番号		職 種			写真 (3×4cm)
	第1希望	行(一)-1	医師事務補佐員			
	第2希望	行(一)-2	医師事務補佐員			
	第3希望	行(一)-3	医師事務補佐員			
フリガナ	ショウワ	ハナコ	印	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
氏名	昭和 花子			性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 4 年 1 月 22日 (27 歳)		電話番号	0 9 0 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
住所	〒 1 8 7 - 8 5 1 0 東京都小平市花小金井8丁目1-1			日中に連絡の取れる番号を記入してください。		
学 歴	期 間	区 分	学 校・学 部・学 科			
	平成 20 年 4 月 1 日 平成 23 年 3 月 31 日	<input checked="" type="radio"/> 卒業 中退	東京都立〇〇高等学校 〇〇科			
	平成 23 年 4 月 1 日 平成 27 年 3 月 31 日	<input checked="" type="radio"/> 卒業 中退	〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科			
	年 月 日	卒業				
	高等学校卒業より記入してください。 ただし、最終学歴が高等学校卒業未満の場合は、最終学歴を記入してください。 短期大学や専門学校等は修学年数が分かるようにしてください。(例：〇〇専門学校 3年制)					
資 格	取 得 日		資 格・免 許			
	平成 28 年 4 月 1 日		診療情報管理士			
	年 月 日					
	年 月					
	年 月					
職務上必須の資格(薬剤師、理学療法士等)は必ず記入してください。						
[志望動機]						
[扶養状況]						
扶養家族数(配偶者を除く)		0 人	配偶者	<input checked="" type="radio"/> 有・無	配偶者の扶養義務	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
[特記事項・自由意見欄]						

