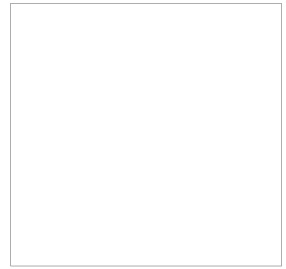


中河内救命救急センター事務職員採用試験エントリーシート

(地方独立行政法人 市立東大阪医療センター)

※受付印

採用区分	<input type="checkbox"/> 社会人経験者 <input type="checkbox"/> 新規学卒者等
※受験番号 (記入不要)	



年 月 日 現在

ふりがな				写真 (縦4.0cm×横3.5cm) 写真は申込前6ヶ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。	
氏名					
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月		日 (満 歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	E-mail			
現住所	〒 -				
	TEL - -		携帯電話 - -		
連絡先	〒 - (※現住所と同じ場合は記入不要)				
	TEL - -		携帯電話 - -		

学歴	学校名	学部学科名	卒業年月	所在地 (都道府県)
		中学校		年 月 卒
			年 月 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 中退	
			年 月 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 中退	
			年 月 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 中退	
			年 月 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 中退	
			年 月 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 中退	

職歴	勤務先	職務内容・役職	在職期間(年・月)	勤務形態
				年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月	
			年 月 ~ 年 月	
			年 月 ~ 年 月	
			年 月 ~ 年 月	
			年 月 ~ 年 月	
			年 月 ~ 年 月	

◎記入上の注意

- 鉛筆以外の黒の筆記具で記入(ワープロ可。但し、氏名及びふりがなは自署)
- には、該当する箇所に✓を記入(入力)
- 学歴欄は、中学校から順に記入(中学校は校名不要)
- 勤務形態の欄は、「正社員」は「正」、「派遣社員」は「派」、「アルバイト」は「ア」、「パート」は「パ」、臨時職員は「臨」と略して記入
- 派遣社員の場合、勤務先は「派遣先名(派遣元名)」で記入
- 元号はS・H・Rで記入
- 期間の空白は無職期間として取り扱います

免許・資格名（級）	取得年月
	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込
	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込
	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込
	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込
	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込
	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込

	長 所	短 所
性格		

得意な分野	趣味・特技

社会人経験者：これまで力を注いで取り組んだ仕事や成果等 新規学卒者等：自己PR	共通：当センターを志望する理由とやってみたい仕事

通勤時間 約 時間 分	備考

◎申込上の注意

記入内容に不正がありますと、合格が取り消されることがありますので、受験資格及び記載事項については
事実と相違ないことを確認（誓約）してください。