豊中市職員採用選考（公衆衛生医師）申込書

・黒のボールペン（消せるボールペンは使用不可）ではっきりと記入してください。

・※欄（受験番号欄）には何も記入しないでください。

（　　　　　年　　　月　　　日　現在）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 写　真   |  | | --- | | 写真は申込前6ヶ月以内に撮影した脱帽、上半身正面向のもので本人と確認できるものをはってください。 | | | ふりがな | | 性別 | | ※受験番号 |
| 氏　　名 | |  | | （市記入欄） |
| 生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　生（満　　　　才） | | | | |
| 現住所　　〒 | | | | |
| 電話 | （　　　　　）　　　　　　　－ | | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 学　歴　**(＊注１)** | 学校名 | | | | 在学期間 | |
|  | | | | 年 月　入学  年 月　卒業・中退 | |
|  | | | | 年 月　入学  年 月　卒業・中退 | |
|  | | | | 年 月　入学  年 月　卒業・中退 | |
|  | | | | 年 月　入学  年 月　卒業・中退 | |
| 臨床研修 | 臨床研修先機関名 | | | | 研修期間（見込み含） | |
|  | | | | 年 　 月　～  年 　 月　修了 | |
|  | | | | 年 　 月　～  年 　 月　修了 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職歴 | 勤務先・業務内容 | 勤務期間（見込み含） |
|  | 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 |
|  | 年　月～　　年　月 |

**（＊注１）　学歴は高校入学から記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自己PR | | |
| 資格・免許等 | 資格・免許等の名称 | 取得年月日 |
| **医師免許の医籍番号及び登録年月日を記載してください。**  **なお、専門医資格がある場合は専門医資格名、登録番号、認定有効期間を記載してください。** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | ※受験番号 | （市記入欄） |

|  |  |
| --- | --- |
| 見学参加状況 | 見学参加済み（　　月　　日）※　未参加の場合はお申込みいただけません。 |

この様式を印刷する際は、A4サイズの白紙普通紙（コピー用紙）に黒色インクで印刷してください。

感熱紙の使用は不可とします。