

大阪府職員採用選考申込書

選考職種 医師職（公衆衛生）

大阪府

受験番号 ★

私は、選考案内に記載されている受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載した事項に相違ありません。

写真
・上半身、脱帽、
正面向で、半年以
内に撮影したもの。
・申込みの時、必
ず貼っておくこと。
(縦4cm×横3cm)

フリガナ		性	
氏名		別	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
現住所	〒()	()方	
	電話番号	-	-
	FAX番号	-	-
	緊急連絡先（携帯電話等）	-	-
	メールアドレス	@	
結果通知 連絡先	〒()	()方	
	電話番号	-	-

最終学歴	◆学歴区分	学校名	学部学科名	卒業、修了年月 (卒業見込等含む)
免許・資格	免許・資格名	取得年月		取得区分
		昭和 平成	年 月	取得済 ・ 取得見込
		昭和 平成	年 月	取得済 ・ 取得見込
		昭和 平成	年 月	取得済 ・ 取得見込
		昭和 平成	年 月	取得済 ・ 取得見込
臨床研修歴	臨床研修を修了した（修了見込み）病院の名称		研修修了年月 (修了見込等含む)	
			平成 年 月	修了・修了見込
受験上の配慮を要する事項（車椅子の使用等）の有無			有 ・ 無	

- (注) ※★欄は記入しないでください。
※◆学歴区分には、大学、大学院・大学専攻科、その他のいずれかを記載してください。
※最終学歴の卒業、修了年月（卒業見込等含む）欄には、卒業（修了）、卒業（修了）見込のいずれかを○で囲んでください。
※臨床研修歴の欄には、平成16年4月1日以後に医師免許を申請し、医師免許を取得した人のみ記入してください。
※結果通知連絡先欄は、現住所以外に連絡を希望する場合にのみ記入してください。
※虚偽の記載をすると採用されないことがあります。
※日本国籍を有しない人については、氏名欄に原則として、本名を記入してください。
※臨床研修の中断により複数のプログラムを履修した場合は、臨床研修歴に修了認定を行った（行う予定の）病院名を記入してください。