

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	-	-
受験上の配慮を要する事項(点字受験、車椅子の使用や拡大文字による受験等)の有無			有 ・ 無

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 年 月 平成	取得済 ・ 取得見込
			昭和 年 月 平成	取得済 ・ 取得見込
			昭和 年 月 平成	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)病院の名称		研修修了年月 (修了見込含む)	
			平成 年 月 修了・修了見込	

- (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。
※最終学歴の学部学科名欄には、学部学科名又は専攻課程名を明記してください。
※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は、申込みの際、氏名欄には原則として、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。