

大阪府職員採用選考申込書

大 阪 府

選考職種 医師職（公衆衛生）

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、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	
氏 名	
生年月日	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
			年 月	取得済 ・ 取得見込
			年 月	取得済 ・ 取得見込
			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）病院の名称		研修修了年月 (修了見込含む)	
			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。
 ※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。
 ※産業医の要件を備えていることを確認できる書類をお持ちの方は、免許・資格欄にその内容を記入してください。