

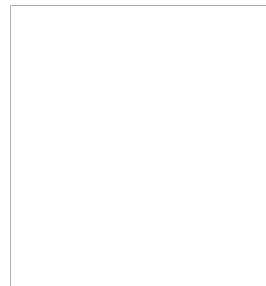
# 医療技術職員採用試験エントリーシート

(地方独立行政法人 市立東大阪医療センター)

※受付印

受験する職種に○をしてください

職 種	<input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士
※受験番号	(記入不要)



年 月 日 現在

ふりがな				<b>写真</b> (縦4.0cm×横3.5cm)  <small>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。</small>	
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	(フリガナ) 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 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 中退
			年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 中退
			年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 中退
			年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <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	

◎記入上の注意

- 鉛筆以外の黒の筆記具で記入 (パソコン入力可)
- には、該当する箇所に✓を記入
- 学歴欄は、中学校から順に記入 (中学校は校名不要)
- ※欄は、記入不要
- 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・契約社員等は「臨」と略して記入し、派遣等の場合、派遣(勤務)先・職務についても記入してください。
- 片面A4サイズで印刷してください。

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

性格	長 所	短 所

得意な分野	趣味・特技

応募した職種を職業に選んだ理由	当医療センターを志望する理由とやりたいこと
これまでの職務経験内容※	

※免許取得予定の方は、「これまでの職務経験内容」欄に自己PRを記入ください。

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ると、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。