

平成30年度

堺市職員(公衆衛生医師)採用選考申込書

受付番号

フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日生(満 歳)	性別	男・女
現住所	〒(-)		
電話番号			
携帯番号			
メールアドレス	@		
結果通知 連絡先 (上記と異なる場合)	〒(-)		
	電話番号		

写 真
●上半身、脱帽、正 面向で半年以内に撮 影したもの (4cm×3cm)

専 門 科 目

学歴(中学校卒業後の学歴を記入してください。)

在学期間	学校名・学部(学科)名	該当を○で囲む
年 月 年 月 ・ ~ ・		卒業・中退・在学中
・ ~ ・		卒業・中退・在学中
・ ~ ・		卒業・中退・在学中
・ ~ ・		卒業・中退・在学中
・ ~ ・		卒業・中退・在学中

職歴

在職期間	勤務先(所属・役職など)	職務内容・役割など
年 月 年 月 ・ ~ ・		
・ ~ ・		
・ ~ ・		
・ ~ ・		
・ ~ ・		
・ ~ ・		
・ ~ ・		
・ ~ ・		

免許・資格

取得年月(見込含む)	免許・資格名	取得区分
年 月	医 師 免 許	取 得
年 月		取得・取得見込
年 月		取得・取得見込
年 月		取得・取得見込
年 月		取得・取得見込

臨床研修歴

研修修了年月(見込含む)	研修病院の名称(複数の場合は、修了認定を行った病院)
年 月 修了・修了見込	

志望動機

自由記入欄(希望職務内容、自己PR、特に配慮すべき事項など)

私は、平成30年度堺市職員採用選考案内に記載されている応募資格をすべて満たしており、この申込書に記入した事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏名(自署)

※採用選考申込書の記入事項は、堺市職員採用選考及び採用に関する事務のために用いるものです。