

公益財団法人大阪府三島救急医療センター 職員採用試験申込書

令和8年1月6日現在

<div>写 真</div> <div>縦4.5cm ×横3.5cm</div> <div>上半身、脱帽、正面 向き、3か月以内に 撮影で本人と確認で きるもの。</div>	※ 受付印		※ 受験番号	
	ふりがな			性別（記入は任意）
	氏 名			
	生年月日	年	月	日生（満 歳）
現住所 〒			E-mail	
			電話	

在学期間(和暦)	学 歴	
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
在職期間(和暦)	職 歴	
	勤務先	雇用形態(注)
年 月～ 年 月		正規・非正規・有期
年 月～ 年 月		正規・非正規・有期
年 月～ 年 月		正規・非正規・有期
年 月～ 年 月		正規・非正規・有期
年 月～ 年 月		正規・非正規・有期
年 月～ 年 月		正規・非正規・有期
年 月～ 年 月		正規・非正規・有期

(注) 雇用形態の「非正規」は週4日以下の勤務形態、「有期」はフルタイムの契約社員等

氏 名		※ 受験番号	
資格・免許等の名称	免許番号等	取得(見込)年月日	
趣味・特技			
志望動機			
自己PR			

○ 記入上の注意事項

- ※印の欄は記入しないでください。また、鉛筆や消せるボールペン等は使用できません。
- 記入欄が不足する場合、行の追加はせず別紙にて作成してください。
- 不実の記載あるときは職員として採用される資格を失うことがあります。また、採用後においても免職されることがあります。