

柏原市病院職員採用資格試験申込書

〈写 真〉
 上半身・脱帽・無背景
 注) 過去3ヶ月以内に撮影したもの
 縦 4.5cm×横 3.5cm

受験職種	医療事務職員	受験番号	
ふりがな		性別	成績開示希望
氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成	年	月 日 (満 歳)

※成績の開示を希望する場合は、成績開示希望欄に「有」と記入して下さい。
 (不合格の場合のみ通知します。)

(ふりがな) 現住所	〒 — Tel () 携帯 ()
◎地番までくわしく(アパートは室号、下宿の場合は〇〇方まで)記入してください。	
(ふりがな) 連絡先	〒 — Tel () 携帯 ()
◎連絡先は、現住所以外に連絡を希望する方のみ記入してください。	

	学 校 名	学部学科名	在 学 期 間	所 在 地
学	中学校		昭和・平成 年 月入学 年 月卒業	都道府県
			昭和・平成 年 月入学 年 月卒・卒見込	都道府県
歴			昭和・平成 年 月入学 年 月卒・卒見込	都道府県
			昭和・平成 年 月入学 年 月卒・卒見込	都道府県
			昭和・平成 年 月入学 年 月卒・卒見込	都道府県

	勤 務 先 名	正職・その他 ○を記入	在 職 期 間	所 在 地
職		正職・その他	年 月就職	(勤務内容)
			年 月退職	
歴		正職・その他	年 月就職	(勤務内容)
			年 月退職	
		正職・その他	年 月就職	(勤務内容)
			年 月退職	

(注意) 学歴欄等が不足するときは、別紙を作成して記入し、裏面上部に貼付してください。

免許・資格	免許・資格	取得・見込年月
		年 月 取得 見込
		年 月 取得 見込
		年 月 取得 見込

(注意) 取得・見込について、該当するものを囲んでください。

専攻科目	
得意な科目	
所属クラブ等	
趣味	
志望動機	

私は、柏原市病院職員採用試験を受験したいので申し込みます。なお、私は、柏原市病院職員採用資格試験要綱に掲げてある受験要件をすべて満たしており、かつ、申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

(氏名及び年月日は必ず自署してください)

柏原市病院職員採用資格試験受験票

〈写 真〉
上半身・脱帽・無背景
注意) 過去3ヶ月以内に撮影したもの
縦 4.5cm×横 3.5cm

職 種	医療事務職員	受 験 番 号
		※ 番
ふりがな		性 別
氏 名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	

※以外の欄は各自記入してください。

試験の日時及び場所

日 時	後日通知
場 所	市立柏原病院 会議室
	TEL 072-972-0885

-----キ-----リ-----ト-----リ-----

注
意
事
項

- ※ 試験時間は後日通知します。時間厳守のこと。
- ※ 当日は、受験票・筆記用具等を持参してください。
受験票を持参しないときは、受験できない場合もあります。
- ※ 自動車での来場を禁じます。
- ※ 他の受験者の迷惑とならないよう、試験場では係員の指示を必ず守ってください。

〈会場案内〉

市立柏原病院
柏原市法善寺1丁目7番9号
072-972-0885
JR「柏原駅」下車徒歩 12分
近鉄大阪線「法善寺駅」下車徒歩 4分