

泉大津市立病院職員採用試験申込書

(令和 年 月 日 現在)

ふりがな											(タテ6.0cm×ヨコ5.0cm) ・上半身、脱帽、正面向きで、最近3ヶ月以内に撮影したものを貼付してください。 ・写真の裏面には、氏名及び生年月日を記載してください。 ※写真は、受験票に貼付したものと同じものを貼ってください。	
本人氏名	※自筆で記入してください。											
生年月日	昭和 年 月 日 生 (満 歳) 平成											
ふりがな											成績開示希望	
現住所	〒 -										有 ・ 無	
電話番号(自宅)	- -					電話番号(携帯)		- -				
メールアドレス												
ふりがな												
連絡先	〒 - ※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。											
電話番号	- -					呼出 ()方		試験結果の郵送先 : ☐ 現住所 ☐ 連絡先				

[illegible]

取得(見込)年月	資 格 ・ 免 許 〔 資格・免許については取得見込みも記入してください。 〕
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

入院診療報酬請求事務または施設基準の届出に従事した期間(DPC対象病院に限る)	病 院 名
年 月 から 年 月 まで	
年 月 から 年 月 まで	
年 月 から 年 月 まで	
年 月 から 年 月 まで	
年 月 から 年 月 まで	

(志望動機)

私は、泉大津市立病院職員採用試験要領に記載されている受験資格をすべて満たしています。
本書の記載内容に相違ありません。

令和 年 月 日

署 名 _____

(記入上の注意)
・受験者本人が、黒いボールペン又は黒いインク(熱で消えるものは不可)を用いて自筆で楷書で記入すること。
・ホームページからダウンロードした申込書は必ずA4サイズで両面印刷とすること。
・記載内容に相違がないことを確認し、必ず署名をすること。

泉大津市立病院職員採用試験受験票

写 真 (タテ6.0cm×ヨコ5.0cm) ※写真は、申込書に貼付したものと 同じものを貼ってください。	試験区分 ※記入不要	1.	事務職(医事業務)
	受験番号		
	氏 名		

※ 試験当日この受験票を必ず持参してください。

----- 切り離さないでください。 -----

泉大津市立病院 職員採用試験 第1次試験案内

日 時 令和6年10月5日(土)

集合時間は、申込み締切後、通知します。

※遅参者は受験できない場合があります。

場 所 泉大津市立病院 7階 総務課

第一次試験会場案内図

