

# 松江市立病院 一般任期付職員採用試験 申込書

1. データ入力若しくは鉛筆以外の青又は黒の筆記用具で記入のこと。
2. 数字はアラビア数字、手書きの場合は文字は楷書で記入のこと。
3. 最下段の氏名は必ず本人が署名のこと。

受験番号
※記入しないでください。

申込試験区分	<b>医療事務専門職員</b>			<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>写 真</b>                      1. 縦 4.0 cm                         横 3.0 cm                      2. 本人単身胸上                      3. 撮影6か月以内                      4. 裏面に氏名を                         記入し、のり付                         けしてください                 </div>
(ふりがな)			性 別	
氏 名			(必須項目ではありません)	
生年月日	昭和・平成	年	月 日生(満 歳)	
現住所 〒 - (ふりがな) _____ _____ _____				TEL (必ず連絡が取れるもの)  ( ) -
受験票、試験結果通知書送付先住所(現住所と同じ場合は“同上”と記入のこと。) 〒 - (ふりがな) _____ _____ _____				TEL (必ず連絡が取れるもの)  ( ) -
学歴(最終学歴を記入してください。)		在 学 期 間		修学区分(該当に○)
学校の名称		昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒業・卒業見込 修了・在学中・中退	
職歴(最新のものを記入してください。)				在 職 期 間
勤務先名称				昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで
経験等(あては <input type="checkbox"/> 医療事務の実務経験が通算3年以上ある まるものをチェックしてください。) <input type="checkbox"/> 診療情報管理士の資格を有する ※診療情報管理士の資格を有する場合は免許証の写しを添付してください。 ※免許証に裏面記載がある場合は裏面もコピーしてください。				
障がいのある人で、試験実施上の配慮を希望する人は下記の <input type="checkbox"/> 欄にレをつけてください。				
試験実施上の配慮を <input type="checkbox"/> 希望する (具体的な希望について、右欄に記入してください。)				
私は全ての受験資格を満たしていますので、松江市立病院一般任期付職員採用試験の受験を申し込みます。 なお、この申込書の記載内容に誤りはありません。				
令和 年 月 日				氏名(署名) _____

※データ入力の場合は、入力した内容がすべて正常に印刷されているか確認してください。