

# 大阪府職員採用選考申込書

選考職種 医師職（公衆衛生）

大 阪 府

受験番号 ★

私は、選考案内に記載されている受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載した事項に相違ありません。

写 真  
・上半身、脱帽、  
正面向、半年以内  
に撮影したもの。  
・申込みの時、必  
ず貼っておくこと。  
(縦4cm×横3cm)

|   |              |   |       |
|---|--------------|---|-------|
| フリガナ                                    |              | 性 |       |
| 氏 名                                     |              | 別 |       |
| 生年月日                                    | 昭和・平成        | 年 | 月 日生  |
| 現住所                                     | 〒( )         |   | ( )方  |
|   | 電話番号         | - | -     |
|   | FAX番号        | - | -     |
|   | 緊急連絡先(携帯電話等) | - | -     |
|   | メールアドレス      | @ |       |
| 結果通知<br>連絡先                             | 〒( )         |   | ( )方  |
|   | 電話番号         | - | -     |
| 受験上の配慮を要する事項(点字受験、車椅子の使用や拡大文字による受験等)の有無 |              |   | 有 ・ 無 |

| 最終学歴  | ◆学歴区分                | 学校名 | 学部学科名              | 卒業、修了年月<br>(卒業見込等含む) |
|-------|----------------------|-----|--------------------|----------------------|
|       |                      |     |                    |                      |
| 免許・資格 | 免許・資格名               |     | 取得年月               | 取得区分                 |
|       |                      |     | 昭和 年 月<br>平成       | 取得済 ・ 取得見込           |
|       |                      |     | 昭和 年 月<br>平成       | 取得済 ・ 取得見込           |
|       |                      |     | 昭和 年 月<br>平成       | 取得済 ・ 取得見込           |
| 臨床研修歴 | 臨床研修を修了した(修了見込)病院の名称 |     | 研修修了年月<br>(修了見込含む) |                      |
|       |                      |     | 平成 年 月 修了・修了見込     |                      |

- (注) ※★欄は記入しないでください。  
※◆学歴区分には、大学、大学院・大学専攻科、その他のいずれかを記載してください。  
※最終学歴の卒業、修了年月(卒業見込等含む)欄には、卒業(修了)、卒業(修了)見込のいずれかを○で囲んでください。  
※最終学歴の学部学科名欄には、学部学科名又は専攻課程名を明記してください。  
※臨床研修歴の欄には、平成16年4月1日以後に医師免許を申請し、医師免許を取得した人のみ記入してください。  
※結果通知連絡先欄は、現住所以外に連絡を希望する場合にのみ記入してください。  
※虚偽の記載をすると採用されないことがあります。  
※日本国籍を有しない人は、氏名欄に原則として、本名を記入してください。  
※臨床研修の中断により複数のプログラムを履修した場合は、臨床研修歴に修了認定を行った(行う予定の)病院名を記入してください。