

大阪市健康局会計年度任用職員採用申込書

(年 月 日現在)

写真 (4cm×3cm) 半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内に 撮影したもの	職 種 (いずれか1つに○)		区分① 保健福祉事業に携わる歯科衛生士 (連絡調整)
			区分② 保健福祉事業に携わる歯科衛生士 (実地指導)
	ふ り が な	性 別	
	氏 名	男 ・ 女	
	生 年 月 日	年 月 日 生 満 歳	
ふ り が な			
現 住 所			
	() 様方		
郵便番号	一	電話	呼出 () 様方

學歷

在 学 期 間			学 校 名 (学 部・学 科 名)
昭・平・令 昭・平・令	年 年	月から 月まで	
昭・平・令 昭・平・令	年 年	月から 月まで	
昭・平・令 昭・平・令	年 年	月から 月まで	
昭・平・令 昭・平・令	年 年	月から 月まで	
昭・平・令 昭・平・令	年 年	月から 月まで	

職歴 (古いものから順に記入してください。ただし、ない場合は「なし」と記入のこと。)

[illegible]

大阪市健康局会計年度任用職員採用申込書

(年 月 日現在)

取得日	資 格 免 許 名
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	

志 望 職 種 ： 応募される職種のいずれか1つにチェックをしてください。

- ☐ 【区分①】 保健福祉事業に携わる歯科衛生士(連絡調整)
- ☐ 【区分②】 保健福祉事業に携わる歯科衛生士(実地指導)

志 望 動 機

備 考

<記入上の注意>

- 黒インクまたは黒ボールペンを用い、かい書でていねいに記入してください。
- 性別・元号は○印でかこんでください。
- 現住所欄は郵便物が届くよう正確に記入してください。
- 学歴・職歴・資格免許名欄が足りない場合は、別紙を添付してください。