令和４年度　市立札幌病院
事務職員（医療情報職）　選考採用試験受験申込書

※受験番号

※受験番号の欄は記入不要

フリガナ 氏　名	現住所（〒　　）　電話		写真貼付欄 （サイズは4cm×3cm） **申込前３か月以内**に撮影した、前帽、無帽、上半身胸上の写真。 （スナップ写真は不可） **眼鏡をかけて受験する方は眼鏡をかけている写真**。 写真がない場合、又は不鮮明な場合は受理しません。 写真裏に氏名を記入のこと
生年月日（**令和5年4月1日現在** 満　　歳） 昭和 平成　　年　　月　　日生　男・女	連絡先	①　電話 氏　名 （受験者との関係）	
国　籍 （日本）・（外国）　（　　）		②　電話 氏　名 （受験者との関係）	

	学校名（最終の学校とその前の学校を記入）	学　部	学　科	所在市町村	在学期間	該当を○で囲む	備考
学歴	最終				年　月 ～　年　月	卒　業 卒業見込	
	その前				年　月 ～　年　月	（卒　業）	

私は、このたび行われる市立札幌病院事務職員（医療情報職）選考採用試験を受験したいので申し込みます。また、私は、試験案内に掲げ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。

令和　　年　　月　　日　　**本人氏名**

（必ず本人が署名してください）

（通信欄）

合格の通知は現住所あてに行います。通知先についての要望、帰省期間等の連絡事項があれば記入してください。

（資格・免許等）

資格・免許の名称	取得（見込）年月日 （該当を○で囲む）
診療情報管理士	昭和 平成　年　月　取得 令和
	昭和 平成　年　月　取得 令和　　取得見込
	昭和 平成　年　月　取得 令和　　取得見込

（職歴）

勤務先名	仕事の内容	該当を○で囲む	期間（該当を○で囲む）	職務経験期間
		退職・在職中	昭・平・令　年　月 ～昭・平・令　年　月	年　ヵ月
		退職・在職中	昭・平・令　年　月 ～昭・平・令　年　月	年　ヵ月
		退職・在職中	昭・平・令　年　月 ～昭・平・令　年　月	年　ヵ月
		退職・在職中	昭・平・令　年　月 ～昭・平・令　年　月	年　ヵ月
		退職・在職中	昭・平・令　年　月 ～昭・平・令　年　月	年　ヵ月
		退職・在職中	昭・平・令　年　月 ～昭・平・令　年　月	年　ヵ月