

地方独立行政法人大阪健康安全基盤研究所職員採用選考申込書

受験番号★	
-------	--

選考職種	研究職（医師）
------	---------

写真
・上半身、脱帽、正面向、半年以内に撮影したもの。
・申込時に必ず貼っておくこと。
・縦4cm×横3cm

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。

フリガナ				性別	
氏名					
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	@			
結果通知連絡先	〒 () () 方				
	電話番号	—	—		
受験上の配慮を要する事項（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（卒業見込等含む）	
				昭和 年 月 平成 令和 卒業（修了）、卒業（修了）見込	
研究	感染症や公衆衛生に関する研究実績				
	【別紙】感染症や公衆衛生に関する研究実績書に記載してください。				
免許・資格	免許・資格名	取得年月		取得区分	
		昭和 年 月		取得済・取得見込	
		平成			
		令和			
		昭和 年 月		取得済・取得見込	
		平成			
		令和			
		昭和 年 月		取得済・取得見込	
		平成			
		令和			

※★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。
 ※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。
 ※受験上の配慮を要する事項の有無欄の「有」「無」のいずれかに○印を記入してください。
 ※感染症や公衆衛生に関する研究実績は、【別紙】感染症や公衆衛生に関する研究実績書に記載してください。
 ※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、氏名欄には原則として、本名を記入してください。