

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。

年 月 日現在

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	〒（ ）（現住所以外に結果通知を希望する場合のみ記入）（ ）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 平成 年 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 平成 年 月 令和	取得済 ・ 取得見込	
			昭和 平成 年 月 令和	取得済 ・ 取得見込	
			昭和 平成 年 月 令和	取得済 ・ 取得見込	

※★欄は記入しないでください。
※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。
※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）見込のいずれかに☑をしてください。
※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。
※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。
※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。