

令和6年度 京都府公立大学法人  
 京都府立医科大学附属病院・附属北部医療センター  
 職員採用試験申込書

(注) 記入心得をよく読んで記入してください。

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| (ふりがな)<br>氏名   | 生年月日・性別<br>昭和<br>平成 年 月 日生<br>年齢 歳 (男・女)<br>※性別は任意 | ※受付番号<br>職種<br>(該当する職種に○をつけてください。)<br>・診療放射線技師      ・理学療法士<br>・臨床検査技師      ・管理栄養士<br>・臨床工学技士      ・歯科衛生士 |   |
| 勤務希望場所 (臨床工学技士及び歯科衛生士の申込者のみ記入)<br>①京都府立医科大学附属病院(京都府京都市)<br>[希望する場所に1つだけ]      ②京都府立医科大学附属北部医療センター<br>[○をつけてください。]      (京都府与謝郡与謝野町)                  |  |  |   |
| ※1 診療放射線技師、理学療法士、臨床検査技師、管理栄養士については、採用時は、附属病院に配属されます。<br>※2 歯科衛生士については、採用時、附属病院または附属北部医療センターのいずれの配属となるかは未定です。   |  |  |   |
| 本人の住所 (何々方までくわしく記入のこと) 郵便番号〒   |  | 携帯電話   |   |
| 上記に代わる連絡場所 (家族の住所等) 郵便番号〒  |  | 自宅等電話  |   |
| ※受付年月日   |  |  |   |
| <b>学 歴</b>   | 学 校 名  | 在 学 期 間  | 卒業・卒業見込・中退・在学中の別                              |
| 最 終  |  | 年 月～ 年 月   |   |
| その前  |  | 年 月～ 年 月   |   |
| その前  |  | 年 月～ 年 月   |   |
| <b>職 歴</b>   | 勤 務 先  | 在 職 期 間  | 職 務 内 容                                       |
| 最 終 (現在)   |  | 年 月～ 年 月   |   |
| その前  |  | 年 月～ 年 月   |   |
| その前  |  | 年 月～ 年 月   |   |
| その前  |  | 年 月～ 年 月   |   |
| <b>所有資格・免許</b>   |  |  |   |
| 私は、令和6年度京都府公立大学法人 京都府立医科大学附属病院・附属北部医療センター職員採用試験実施要項を確認の上、申し込みます。<br>なお、私は、この試験に必要な受験資格をすべて満たしております。<br>また、この申込書のすべての記載事項に相違はありません。<br><br>本人署名 _____ |  |  | 年 月 日撮影<br>(写 真 欄)<br>記入心得5を確認の上、写真を貼付してください。 |

## 記 入 心 得

- 1 記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。
- 2 ※印以外の欄はもれなく**自筆にて**記入してください。
- 3 記入はすべてペン又はボールペンを用い、かい書で丁寧に書いてください。数字は算用数字を用いてください。
- 4 学歴の学校名は、**大学については学部名、学科名、コース名まで**、高校については学科名まで記入してください。
- 5 写真の貼付は、以下の点にご留意ください。
  - (1) 写真の裏面に氏名を記入し、のりで貼付してください。
  - (2) 写真は申込前6箇月以内に上半身・無着帽・正面向を撮った縦4 c m、横3 c mのもので、本人と確認できるものにしてください。
  - (3) 写真を貼っていない場合又は適当なものでない場合は受け付けません。