



# 大阪警察病院

2024年度採用メディカルクラーク（医師事務作業補助者）応募シート

（西暦） 年 月 日現在

写 真  
貼 付  
縦 36～40mm  
横 24～30mm  
撮影から3ヶ月以内  
写真の裏に名前を記入

ふりがな 氏名	性別
（西暦） 年 月 日生（満 歳）	

ふりがな 現住所 〒	電話番号
e-mail(必須)	携帯電話
ふりがな 連絡先 〒	電話番号

（郵送物の送付を現住所以外に希望する場合のみ記入）

年（西暦）	月	学 歴（高校卒業相当以上から）

年（西暦）	月	免 許・資 格

年（西暦）	月	賞 罰

年（西暦）	月	語学スキル※TOEIC 点数、英検等

志望理由は何ですか。

学生時代に特に力を入れたことは何ですか。

自己PRを書いてください。

趣味、特技等があれば自由に記載してください。

通勤時間	扶養家族数（配偶者を除く）	配偶者	配偶者の扶養義務
約 時間 分	人	有 ・ 無	有 ・ 無