

# 大田市立病院職員採用試験申込書

※試験区分
医療事務 (診療情報管理士)

※受験番号

写真貼付
1. 写真は2か月以内に撮影したもの
2. 写真サイズ (縦4.0cm×横3.0cm)

① ふりがな 氏名	②性別
③ 生年月日	昭和 平成 年 月 日

④受験票・試験結果通知送付先住所(寮・アパート名等を明確に記入)			
〒	—	電話番号 ( ) — ( )	方呼出
ふりがな			
	都道府県	市郡	区町村 番地

アパート名等			
⑤現住所(④の送付先住所と異なる場合のみ記入。④と同じ場合は記入不要)			
〒	—	電話番号 ( ) — ( )	方呼出
ふりがな			
	都道府県	市郡	区町村 番地
アパート名等			

⑥学歴(中学校入学以降の期間を記入)	
在学期間	学校名・学部学科名等
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	

⑦医療事務・DPC業務の経歴		
従事期間	従事内容	会社名等
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

⑧職歴(職歴がある場合のみ記入...上記⑦で記入したものを除く)		
在職期間	会社名等	従事内容
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

⑨資格・免許	
資格等の名称	取得(見込)年月日
診療情報管理士	平成 年 月 取得 取得見込
	昭和 平成 年 月 取得 取得見込

(注) 黒インク又は黒のボールペンを用い、自筆で記入してください。(※欄は記入しないでください。)  
数字は算用数字を使用してください。  
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。