

実務経験申立書【事務職（医事業務）】

氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
応募資格（経験）	入院医事業務の2年以上の経験		
上記の職務に従事した 職歴・勤務先名	職務内容		
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
上記のとおり相違ありません。			
令和 年 月 日			
地方独立行政法人明石市立市民病院 理事長 藤本 庄太郎 様			
氏名 _____ (印)			

- (注) 1 従事した期間は、1週間の平均勤務時間が35時間以上の期間を対象とし、療養休暇、休職、育児休業等の勤務に就かなかった期間は含めないこと。
- 2 上記内容に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。
- 3 合格した場合は、採用前に経験ごとの在職証明書(当院指定用紙)を提出していただきます。