

実務経験申立書【事務職（地域連携）】

氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
応募資格（経験）	病院での地域医療連携業務（受診予約業務）の3年以上の勤務経験		
上記の職務に従事した職歴 病院名・病床数	職務内容		
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
【病院名】 【病床数】			
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
【病院名】 【病床数】			
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
【病院名】 【病床数】			
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
【病院名】 【病床数】			
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 莊太郎 様			
氏名 _____ 印 _____			

(注) 1 従事した期間は、1 週間の平均勤務時間が 3 5 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。