

東村山市嘱託職員履歴書(医療費助成業務員)

受験番号	※	希望職種	医療費助成業務員
------	---	------	----------

※印の欄は記入不要

写 真

(3.5cm×3cm)

写真の裏に氏名
を記載すること

ふりがな				男・女
氏名				
生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)

現住所	〒	電話	
連絡先	〒	電話	

最 終 学 歴	学校名	
	学部	
	学科	
	在学期間	年 月～ 年 月 卒業・卒業見込・その他()

職 歴	勤務先名称	勤務期間 (勤務年数)	勤務内容
			年 月～ 年 月 (年 ヶ月)
		年 月～ 年 月 (年 ヶ月)	
		年 月～ 年 月 (年 ヶ月)	
		年 月～ 年 月 (年 ヶ月)	

募集要項に定める資格・経験等資格要件の有無 ※下記項目で該当する箇所にチェックしてください。

医療事務に関する資格を有するかた(平成30年3月末日取得見込含む)

医療事務に関する業務経験を有するかた(平成30年3月末日取得見込含む)

※2枚目に資格・免許等の取得年月日等をご記載ください。

資格 ・ 免許	種 別	取 得 年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

志望の動機	
-------	--

(長所・短所) 自己PR	
-----------------	--

趣味 特技 スポーツ	
------------------	--

切り取り線

東村山市嘱託職員受験票			
受験番号	※	希望職種	医療費助成業務員
氏 名			
採用試験日等	平成30年2月4日(日) 午前9時00分から 受付場所: 市民センター2階		
《注意事項》			
1. この受験票と筆記用具(鉛筆・消しゴム)と結果通知用の封筒(長3定型・宛先記入・82円切手貼付)をご持参ください。			
2. 車での来場はご遠慮ください。			
3. 試験開始の15分前までにお越しください。(入場は30分前からです)			

左の受験票にも氏名を記入してください。